



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

**O CONTROLE SOCIAL NO SUS: a perspectiva dos profissionais
da Atenção Básica em Saúde de Campina Grande/PB**

Juliana Viegas de Albuquerque Baracho

João Pessoa/PB
2013

Juliana Viegas de Albuquerque Baracho

**O CONTROLE SOCIAL NO SUS: a perspectiva dos profissionais
da Atenção Básica em Saúde de Campina Grande/PB**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de mestre acadêmico em Serviço Social sob a orientação da Professora Doutora Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida, na área de concentração em Política Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

João Pessoa/PB
2013

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B223c Baracho, Juliana Viegas de Albuquerque.

O controle social no SUS: a perspectiva dos
profissionais da atenção básica em saúde de Campina
Grande-PB / Juliana Viegas de Albuquerque Baracho. -
João Pessoa, 2013.

210 f. : il.

Orientação: Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Serviço Social. 2. Controle Social - SUS. 3. Atenção
Básica - saúde. 4. Atuação Profissional - saúde. 5.
Saúde da família. I. Almeida, Bernadete de Lourdes
Figueiredo de. II. Título.

UFPB/BC

Juliana Viegas de Albuquerque Baracho

O CONTROLE SOCIAL NO SUS: a perspectiva dos profissionais da
atenção básica em saúde de Campina Grande/PB.

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFPB
Orientadora

Prof^a. Dr. Marília Tomaz de Oliveira
Departamento de Serviço Social – UEPB
Examinadora Externa

Prof^a Dr^a Elisângela de Oliveira Inácio
Departamento de Serviço Social / UFPB
Examinadora Externa

João Pessoa/PB
2014

Dedico este trabalho ao meu esposo Thiago, por estar presente em toda minha caminhada acadêmica, me incentivando e orientando nos momentos de dificuldade, e vibrando comigo nos momentos de vitória e ao meu filho Miguel, o lado mais doce das batalhas do cotidiano.

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos e gratidão a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível:

A Deus, pelo dom da vida estando sempre presente nesta, me fazendo acreditar que nossa existência pressupõe uma outra infinitamente superior;

Ao meu esposo, pelo amor, companheirismo e carinho trazendo razão, alegrias e beleza aos meus dias, contribuindo para que cada vez mais me torne uma pessoa melhor;

Ao meu filho Miguel, por me fazer experimentar o mais puro amor e por me fazer buscar a cada momento “dias melhores”.

Aos meus pais Messias e Santinha por me ensinarem que através da educação eu trilharia o caminho da vitória, sabedoria e reconhecimento;

Ao meu avô “Zé da Braza” que aos noventa e seis anos de idade com sua plena lucidez me conduz constantemente pelo caminho da educação e do respeito;

A minhas irmãs Vanessa e Tatiana e meus sobrinhos Thales, Luís e Clarisse pelos momentos descontraídos;

Aos meus tios – Toinho, Dora e Graça, pelo apoio e estadia durante esse período;

A minha sogra Maria Júlia e meu sogro Antônio Augusto pelo carinho, cuidado e incentivo;

As minhas queridas professoras da Universidade Estadual da Paraíba: Kathleen Elane Leal Vasconcelos, Sandra Amélia, Lúcia Patriota, Marília Tomaz, Adriana Ferriz, entre outras que participaram da minha formação acadêmica sempre me estimulando a trilhar novos caminhos e buscar conhecimentos, contribuindo para minha vida profissional e pessoal;

A minha professora orientadora, Bernadete de Lourdes, pessoa de um grau de conhecimento admirável, por compartilhar comigo seu conhecimento, pelo auxílio e disponibilidade que sempre com suas palavras doces e sábias me traziam tranquilidade.

Aos meus amigos do mestrado que contribuíram de forma direta e indireta para o desenrolar desta conquista;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba;

As professoras Marília Tomaz de Oliveira e Elisângela de Oliveira Inácio, por aceitarem a participar da minha banca.

A Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior- Capes, pelo auxílio da pesquisa através da bolsa de mestrado.

Lista de Siglas

ADI- Ação Direta de Inconstitucionalidade.

APS – Atenção Primária em Saúde

APSF – Associação de Profissionais do Saúde da Família

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CCS - Conselho Comunitário de Saúde

CETS - Contribuição dos empregadores e trabalhadores

CIB- Comissão Intergestora Tripartite

CIT- Comissão Intergestora Bipartite

CF – Constituição Federal

CLS – Conselho Local de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

COFINS - Contribuição para Seguridade Social

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CPMF - Contribuição provisória sobre a movimentação financeira

CSLL - Contribuição Social sobre o lucro líquido

DRU - Desvinculação das receitas da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEDP - Fundações estatais de direito privado

FMI- Fundo monetário internacional

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS- Instituto Nacional da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MARE - Ministério de Administração e Reforma do Estado

MC – Medicina Comunitária

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

ONG - Organizações não governamentais

OS- Organizações Sociais

OSCIP- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PCCS- Plano de Cargos e Carreiras e Salários

PEC - Projeto de Emenda Constitucional

PSF – Programa Saúde da Família

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAB – Sociedade Amigos de Bairros

SAGE – Sala de Apoio a Gestão Estratégica

SF – Saúde da Família

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUCAM - Superintendência de Campanhas Sanitárias (SUCAM).

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFPB – Universidade Federal da Paraíba.

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1	Implantação dos NASFs no Brasil e na Paraíba	140
GRÁFICO 2	Identificação da Formação Profissional das Entrevistadas	156
GRÁFICO 3	Titulação pós- graduada das profissionais entrevistadas	158
GRÁFICO 4	Atividades realizadas pelas profissionais entrevistadas dos NASFs	167

Lista de Tabelas

TABELA 1	Distribuição dos NASFs por distritos sanitários em Campina Grande/ PB	154
TABELA 2	Tempo de formação profissional das entrevistadas	157
TABELA 3	Áreas de atuação de experiência profissional anterior das entrevistadas	160

Lista de Figuras

FIGURA 1	Tipos de Apoio encontrados nos NASF analisados do município de Campina Grande-PB	145
-----------------	--	------------

RESUMO

Este trabalho deriva de um processo investigativo desenvolvido como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Apresenta como objeto de estudo o Controle Social no SUS à luz da perspectiva dos profissionais da Atenção Básica em Saúde na cidade de Campina Grande/PB. A análise centra-se na atuação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir do entendimento da Participação e o Controle Social, instituídos legalmente no Sistema Único de Saúde e preconizados pelas diretrizes que orientam o trabalho nos NASFs. Para realização deste estudo adotou-se o método descritivo e analítico-crítico, embasado na perspectiva dos sujeitos protagonistas da realidade estudada. Em termos metodológicos, trata-se de uma pesquisa social aplicada e documental com uso de metodologias quanti-qualitativas. Como instrumentos e técnicas de coleta dos dados utilizou-se da entrevista semiestruturada, realizada com o roteiro aplicado junto a 12 profissionais, distribuídos por dois NASFs localizados em distritos sanitários diferentes no município de Campina Grande/PB, no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013. Os instrumentos e técnicas de análise dos dados pautaram-se no uso da leitura estatística descritiva para discussão dos dados objetivos e da análise de conteúdo para interpretação dos dados subjetivos. Os resultados desta pesquisa apontaram que na atualidade vários desafios estão postos para efetivação do Controle Social no SUS em Campina Grande. Apesar de os NASFs consistirem uma proposta recente, enfrentam sérias dificuldades para se estruturarem no município e realizarem sua atuação, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Essa atuação tem sido priorizada nos atendimentos individuais e de caráter curativo. Outros impasses também foram constatados, tais como: a falta de compreensão dos profissionais da ESF acerca do papel do NASF; a demanda muito elevada para os profissionais, o que impede de realizar atividades de prevenção e promoção à Saúde bem como de estimular a Participação e o Controle Social; a desresponsabilização da gestão municipal para com o NASF; a falta de incentivo e reconhecimento dos espaços de Participação e Controle Social; a falta de conhecimento dos profissionais entrevistados sobre Participação e Controle Social no SUS, dentre outros. Em termos conclusivos, atesta-se que mesmo diante de tantos impasses, os profissionais têm possibilidades de legitimar e construir sua atuação pautada nos princípios que afirmem os pressupostos legais do SUS, através da busca de articulação permanente com suas equipes e com a comunidade, visando retomar o funcionamento dos espaços de participação, constituindo-os como instrumento de conquistas, tendo como eixo a defesa e consolidação dos direitos sociais. Enfim, os atuais obstáculos enfrentados, em grande medida, resultam da cultura política conservadora brasileira, que gerou o predomínio da burocracia, baseada em práticas políticas patrimonialistas, cooptativas, populistas, clientelistas, seletivas e focalizadas.

Palavras-Chave: Controle Social, SUS, Atenção Básica, Atuação Profissional.

ABSTRACT

This work stems from an investigative process developed as a partial requirement for the degree of Master Academic Program Graduate in Social Service of the Federal University of Paraíba. Presents as an object of study in the Social Control SUS in the light the perspective of professionals Primary Health Care in the city of Campina Grande / PB. The analysis focuses on the work of professionals Centers of Support for Health Family (NASF) from the understanding of Participation and Social Control, legally established in the Health System and recommended by the guidelines that guide the work in order to perform NASFs this study adopted the descriptive and analytical-critical method, based on the perspective of those protagonists of the reality studied. In terms of methodology, it is about a social documentary and applied research with the use of quantitative and qualitative methodologies. As tools and techniques of data collection was used semi-structured interviews held with the script applied together with 12 professionals, spread over two NASFs located in different health districts in the city of Campina Grande / PB, from November 2012 to February 2013 instruments and techniques of data analysis were guided in the use of descriptive statistics reading for discussion of objective data and content analysis for interpretation of subjective data. The results of this research show that today many of the challenges facing effectuation of Social Control in SUS in Campina Grande. Although NASFs consist a recent proposal, face serious difficulties for the municipality to structure and carry out its activities, as recommended by the Ministry of Health. This action has been prioritized in individual consultations and curative. Other impasses were also observed, such as: a lack of understanding of the professionals of the ESF about the role of NASF; the very high demand for professionals, which prevents to perform health promotion and prevention activities as well as encouraging Participation and Social Control; the unaccountability of municipal management with NASF; the lack of encouragement and recognition of areas of Participation and Social Control; lack of knowledge of the professionals interviewed on Participation and Social Control in SUS, among others. In conclusive terms, it signifies that even in the face of many predicaments, professionals have opportunities to build and legitimize its actions based on the principles that affirm the legal requirements of the SUS, by seeking permanent liaison with their teams and the community, aiming resume operation of spaces for participation, constituting them as a tool of conquest, having as axis the defense and consolidation of social rights. Anyway, the current obstacles faced largely the result of Brazilian conservative political culture that spawned the predominance of bureaucracy, based on patrimonial, cooptativas, populist, clientelist, selective and targeted political practices.

Keywords: Social Control, SUS, Primary Care, Professional Practice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: aproximações teóricas..	33
1.1 O conceito de Controle Social: uma tentativa de discussão.....	33
1.1.1 Democracia	49
1.2 Participação Social : aproximações conceituais.....	58
2 POLÍTICA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE SOCIAL	65
2.1 Política Social frente ao desenvolvimento do capital.....	65
2.1.1 As tendências das Políticas Sociais no Brasil: da conquista do texto constitucional à realidade de desmonte	74
2.2 O Controle Social ao longo da trajetória da Política de Saúde	78
2.2.1 O papel dos Conselhos e Conferências de Saúde no Controle e na Participação Social.....	93
2.3 Controle Social e a conjuntura pós-Constituição de 1988.....	107
3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB: (im) possibilidades na ação de seus profissionais	127
3.1 A Política de Atenção Básica em Saúde à partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF em Campina Grande/PB.....	129
3.2 O Controle e a Participação Social nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família de Campina Grande/PB: (des) caminhos apontados pelos profissionais 152	
3.2.1 Traços do Perfil dos Profissionais de Saúde Entrevistados	155
3.2.2 Entendimento sobre a Saúde da Família e do NASF	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
REFERÊNCIAS	191
ANEXO	206
APÊNDICE	207

Introdução

O presente trabalho “Avaliação do Controle Social no SUS: a perspectiva dos profissionais da atenção básica em saúde de Campina Grande-PB” intenta avaliar o Controle Social sob a ótica dos diversos profissionais que compõem os Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Campina Grande/PB. Em outras palavras, essa intencionalidade investigativa busca analisar o Controle Social ao longo da trajetória da Política de Saúde no Brasil e identificar seus impasses e contribuições no direcionamento dessa Política em nível local a partir da perspectiva do projeto de Reforma Sanitária brasileira.

O interesse pela temática do Controle Social emergiu desde a participação no Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), nos períodos em que foram desenvolvidas as pesquisas: “O exercício do Controle Social no Programa de Saúde da Família em Campina Grande- PB”, vinculado ao Programa Institucional de Iniciação Científica - PROINCI/UEPB, na cota 2008/2009 e “Saúde da Família em questão: uma avaliação da estratégia em Campina Grande- PB”, com financiamento do PROINCI/UEPB – cota 2007/2008. Nessas pesquisas, esta autora participou como pesquisadora, integrando a equipe de trabalho.

Historicamente, o termo Controle Social tem sido utilizado tanto para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto da sociedade sobre as ações do Estado. Até então, o sentido de Controle Social era predominantemente adotado na visão funcionalista, enquanto estratégia de domínio do Estado burguês sobre os movimentos das classes trabalhadoras.

A perspectiva do controle da sociedade sobre as ações do Estado adquiriu essa conotação no Brasil a partir da década de 1980 com o processo de redemocratização da sociedade e, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação popular nas políticas públicas durante a Assembleia Constituinte, materializada na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na aprovação das leis orgânicas posteriores, na década seguinte.

Nesse sentido, o Controle Social na Política de Saúde no país tem apresentado avanços com a instauração do processo de descentralização

político-administrativa, embora se reconheçam as dificuldades para sua efetivação em face da formação sócio-política brasileira, marcada pelo mandonismo local, pelas práticas neocoronelistas, patrimonialismo, clientelismo e assistencialismo. São expressões políticas que perpassam as relações entre a sociedade civil e o Estado que incidem sobre a gestão e implementação das Políticas Sociais, dentre elas, a de Saúde.

Nos anos de 1990, pautados no pressuposto da legalidade foram abertos espaços de Controle Social para decisões políticas no campo da Saúde, como também para o estabelecimento de novos instrumentos legais, com a aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam a participação da comunidade na gestão do SUS, e reiteram avanços de inúmeros sujeitos coletivos¹.

Por outro lado, a partir dessa década, emerge e se consolida a hegemonia do projeto neoliberal no contexto do Estado brasileiro, que passou a acarretar retrocessos nas conquistas da classe trabalhadora, concernentes ao acesso e às novas formas de gestão das Políticas Sociais. Depara-se a partir de tal conjuntura uma tendência ao esvaziamento e à despolitização dos espaços de participação direcionados à formulação e decisão da Política de Saúde.

Em razão desses embates políticos e econômicos que permeiam a Política Social brasileira ressalta-se a relevância da proposta investigativa ora apresentada, por tratar-se de um tema relacionado ao resgate do fortalecimento do SUS, como sistema operacional da Política de Saúde de cunho universalista, que tem se constituído não só em um amplo espaço sócioocupacional das mais diversas profissões, bem como contexto de lutas coletivas onde essas profissões têm somado forças com outros segmentos sociais na defesa do direito à Saúde.

¹ Conforme Bravo (2000), os conselhos e conferências não são os únicos mecanismos de Controle Social, outros espaços também podem ser entendidos enquanto espaços de Controle Social são eles: o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor (PROCON), meios de comunicação oficiais e alternativos, e conselhos profissionais. A autora salienta que esses espaços podem e devem ser instâncias parceiras na luta pelo Controle Social. Deve-se enfatizar também na realidade de Campina Grande o papel protagonista de Controle Social, historicamente exercido pelos clubes de mães e pelas Sociedades de Amigos de Bairros (SABs)

Nesse entendimento, esta pesquisa intentou levantar elementos empíricos e interpretá-los criticamente objetivando a aprofundar a análise em torno do exercício do Controle Social pelos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) de Campina Grande/PB.

Diversos estudos (Carvalho, 1995; Bravo e Souza, 2002; Correia, 2005, 2006, 2012 e Carvalho, 2007), dentre outros, têm apontado algumas dificuldades quanto à efetivação do Controle Social na Saúde e os seus espaços de participação institucionalizados. Esses espaços exigem práticas democráticas, esbarrando em dificuldades relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e à persistência de uma tradição autoritária, anteriormente aludida, marcada pelo legado coronelista, patrimonialista, corporativista e político-partidária ainda presente na realidade nacional e local.

Para Gohn (2001) analisar os processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas conduzem ao entendimento da democratização da sociedade brasileira. Resgatar a participação leva à luta da sociedade por acesso ao direito e à cidadania.

Em síntese, essas reflexões evidenciam vários desafios para efetivação do Controle Social na perspectiva de dar continuidade a Reforma Sanitária Brasileira em andamento, tensionada pelas propostas privatizantes, forjadas pela seletividade e focalização da Política de Saúde, revelando interesses inconciliáveis.

Diante do exposto questiona-se: Quais os conceitos, práticas e significados que permeiam a proposta do NASF no sentido do Controle Social no SUS? Quais as propostas e interesses defendidos e efetivados no cotidiano dos profissionais do NASF em torno da participação social? Como os profissionais do NASF vêm se relacionando com os Conselhos Locais e o Conselho Municipal de Saúde, enquanto instrumentos legais de Controle Social?

O Controle Social apresenta diferenças conceituais – entre o controle do Estado sobre a sociedade e da sociedade sobre as ações do Estado – devido ao entendimento da função do Estado e da extensão do seu poder, a forma como se concebe a sociedade civil, as relações sociais, dentre outras. Portanto, para tratar da categoria Controle Social, faz-se necessário entendê-la no bojo da relação Estado/sociedade civil.

Como se referiu, o debate acerca do Controle Social na perspectiva do controle que a sociedade civil exerce sobre o Estado é algo recente. Desde os primórdios do Estado Moderno os mecanismos de Controle Social tinham o intuito de limitar a participação do indivíduo na sociedade, cabendo ao Estado esse papel regulador.

Segundo Correia (2006) a partir de meados da década de 1970, a expressão *Controle Social* passou a ser alvo de discussões em diversos setores da sociedade brasileira, embora com significado diferente daquele que apresentava na sociologia clássica (coerção do Estado sobre a sociedade): passa a ser utilizada como sinônimo da participação social nas políticas públicas. Isso ocorre em um contexto em que diversos movimentos populares lutavam pelo processo de redemocratização do país. Nesse sentido, o termo é incorporado ao arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988, a qual passou a entender o Controle Social como instrumento de elaboração e fiscalização das políticas públicas.

A concepção de Controle Social imprimida na Constituição Federal de 1998 é no sentido da participação de setores organizados da sociedade desde a formulação até a execução e avaliação das políticas sociais. Os instrumentos que materializam e concretizam esse Controle Social - os conselhos e conferências - segundo Raichelis (2000), são canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos, e principalmente um processo de interlocução permanente.

No limiar dos anos de 1990, eclodem na realidade brasileira grandes rebatimentos nas políticas sociais, ainda vigentes. Esses rebatimentos advêm dos preceitos neoliberais articulados com a reestruturação produtiva do capital em que o Estado brasileiro, sob o comando dos organismos internacionais, adota uma postura de defesa do mercado em detrimento do social. Gera, assim, sobretudo nos países Latino-americanos uma intransigente contenção de gastos para com o social para buscar a estabilização econômica, resvalando em políticas sociais focalizadas, seletivas, precárias, desrespeitando o princípio da universalidade ao direcioná-las para as camadas mais pobres da população.

As contrarreformas empreendidas pelo Estado brasileiro, calcadas nos ditames dos organismos internacionais, caminham no sentido de: romper com o caráter universal do SUS conquistado a duras penas pela sociedade brasileira,

dando ênfase na atenção básica e racionalizando a media e alta complexidade. Desse modo, esse direcionamento causa grande retrocesso na integralidade das ações ao estimular e ampliar o setor privado na oferta dos serviços e incentivar propostas de flexibilização da gestão da Saúde, sendo o Estado orientado a transferir os recursos públicos para as Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) criadas em 1999, pela Lei Federal n.º 9.790, Fundações de Apoio e Cooperativas de profissionais de medicina (e de outras profissões), e as Fundações Estatais de Direito Privado reafirmada no Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 (CORREIA, 2011).

Na Política de Saúde, a contrarreforma de cunho neoliberal pode ser entendida pelo predomínio de ações curativas e preventivas. É nessa lógica que o Ministério da Saúde insere em sua agenda a proposta de reorientação do Sistema a partir da atenção básica, dando ênfase em propostas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo este o foco desta pesquisa. Conforme dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde, o Brasil conta atualmente com quase 40.000 ESFs distribuídas em 5.570 municípios.

Teixeira (2012) reflete acerca do confronto atual que possibilita diferentes rumos à ESF, sendo eles de escopo universalista, como previsto nos documentos oficiais ou focalista, como hoje se materializa a prática das políticas públicas no Brasil, resultado da opção neoliberal do Estado brasileiro.

Nesse contexto, ganha destaque um conjunto de iniciativas de qualificação e suporte à Atenção Básica, dentre elas a constituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) que pressupõe a efetivação de apoio matricial à Saúde da Família. Essa iniciativa concretiza-se com a Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008, quando o Ministério da Saúde lançou o NASF, cujo objetivo expresso no Art. 1º dispõe:

[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2008, p. 1).

Em conformidade com essa Portaria, os Núcleos devem ser implementos sob a responsabilidade do gestor municipal e sua implantação dá-se de acordo

com a composição, abrangência e financiamento, bem como levam em consideração as particularidades locais.

O NASF é um modelo teórico de matriciamento proposto por Campos e Domitti (2007). Esses autores sinalizam que as equipes do NASF devem estar em sintonia e comprometidas com o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelas ESFs, pautando sua ação em ações interdisciplinares e intersetoriais, nas quais todos os profissionais a partir de seus conhecimentos específicos possam dar resolutividade da problemática.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico e pedagógico às equipes de referência [...] Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; p.400).

Em 2008, no município de Campina Grande/PB, foi implantado o NASF de tipo 1, conforme a densidade populacional do município superior a dez mil habitantes. O NASF ¹² deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Com a publicação da portaria 2.488/2011 o Ministério da Saúde aprova a nova política de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da mesma, que traz consigo a ampliação do número de categorias profissionais para composição dos NASFs. Tais núcleos passam a contar com tais ocupações possíveis: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta

² Cumpre destacar que a portaria 154 classifica o NASF em duas modalidades. A outra modalidade de NASF conforme tal portaria, é o NASF tipo 2 previsto somente para municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, composto por equipe de no mínimo três profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: professor de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional.

Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A escolha das categorias profissionais que irão compor os NASFs, deverão ser feita pelos gestores, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

Os NASFs fazem parte da atenção básica, no entanto não se constituem enquanto porta de entrada dos serviços. Suas ações devem ser dadas a partir das demandas identificadas pelas ESFs e as ações devem se dar de forma integrada com essas equipes, como também com os demais serviços da Rede de Atenção à saúde, da rede de serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias.

A portaria ministerial 2.488/ 2011 preconiza que:

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica) [...] A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Esses profissionais devem apoiar suas ações em conjunto com os profissionais da ESF sendo norteados pelos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente em saúde, integralidade das ações, prevenção e promoção em saúde e a participação social.

No caso desta pesquisa, a participação social é uma das categorias centrais de análise para o entendimento do Controle Social. Objetiva investigar como vem se dando essa participação social no âmbito dos NASFs em Campina Grande segundo seus profissionais.

Nesse sentido, enfatiza-se a importância dos profissionais inseridos no NASF na perspectiva de fortalecimento e estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do Controle Social, intimamente relacionada com o conceito de participação, legitimado pela Constituição de 1988 e leis complementares. Não é apenas uma luta legal por um direito adquirido: trata-se de uma forma de estimular a sociedade na elaboração das políticas públicas, visto que é através da articulação da sociedade, em contato com os serviços prestados, principalmente com os serviços de Saúde, que pode se perceber a efetividade ou não dessas políticas (SOUZA, 2006).

Nessa perspectiva, o Controle Social passa a ser entendido também, como fiscalização e controle das ações do Estado pela sociedade através do acompanhamento, da formulação, execução e avaliação das políticas públicas, ou seja, a sociedade controlando as ações do Estado em favor dos interesses das classes trabalhadoras.

O grande desafio para os profissionais do NASF no que consiste ao Controle Social é fazer uma discussão crítica acerca de seu exercício profissional, no sentido de romper com as práticas individualizantes, de favor, de ajustamento e disciplinamento dos usuários, bem como de alívio das tensões e amenização de conflitos e avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação enquanto deliberação de sujeitos individuais e coletivos (usuários e trabalhadores) na efetiva construção de condições objetivas dignas de trabalho e atendimento no SUS, dentre as quais se incluem não só a defesa dos direitos existentes, mas a luta pela ampliação e incorporação de novos direitos.

Nesses termos, registra-se como sendo de precípua relevância à análise do Controle Social no que tange o NASF. Devido a sua recente implantação³, não identificamos muitas produções direcionadas a análise desta nova experiência na política de saúde, tampouco no que diz respeito a questão da relação desses núcleos com o controle e participação social.

Com a publicação da Portaria 3. 124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde redefine os parâmetros de vinculação dos NASFs dos tipos 1 e 2 e cria uma terceira modalidade. Com a proposta de universalização desses núcleos, o NASF 3, abre a possibilidade de qualquer município do Brasil implantar equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe da Estratégia Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica (EAB)⁴. As modalidades de NASF hoje estão assim definidas:

Quadro 1: Definição das modalidades de NASF

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Carga horária dos profissionais
NASF 1	5 a 9 ESF ou EAB	Mínimo de 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 ESF ou EAB	Mínimo de 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 ESF ou EAB	Mínimo de 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e

³ No momento da qualificação deste projeto, em novembro de 2011, dados do Ministério da Saúde apontavam que o Brasil contava com apenas 1.093 equipes atuando em nível nacional (BRASIL, 2010).

⁴ A nova política de Atenção Básica traz a proposta de atendimento para populações específicas. As EABs são direcionadas para populações específicas em situação de rua (Consultórios na rua), unidades de atendimento fluviais e unidades de atendimento direcionadas a população ribeirinha, dando ênfase a população da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato Grossense.

		no máximo 40h de carga horária semanal
--	--	---

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria 3,124/2012.

Os objetivos desta pesquisa são os seguintes: analisar a perspectiva dos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Campina Grande/PB acerca do Controle Social; desvelar a compreensão desses profissionais no que tange ao Controle Social na Saúde proposto pelas diretrizes do NASF; identificar as práticas, propostas e interesses defendidos quanto à participação social no cotidiano desses profissionais; e verificar a relação desses profissionais com o Conselho Municipal de Saúde e os conselhos locais de Saúde.

A partir dessas intencionalidades investigativas, a compreensão da problemática que pareceu pertinente a esta pesquisadora respalda-se no desenvolvimento de uma leitura crítica, dada a complexidade do tema. Para tanto, o entendimento requereu um esforço para o alcance de explicações, que se fundamentam na análise histórica, política, econômica e cultural. Conforme DESLANDES (1997, p.105),

[...] a perspectiva dialética nos indica uma análise histórica destes serviços e projetos, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação de forças entre os aspectos micro e macropolíticos e econômicos devem ser itens contemplados em toda análise avaliativa.

O estudo investigativo tipifica-se como pesquisa social aplicada com uso de metodologias quanti-qualitativas, embora, predomine a natureza qualitativa por considerar que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações. Compreende-se, assim, uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advogando também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou objetos sociais apresentam (MINAYO, 1994).

Nessa perspectiva teórico-metodológica, sinaliza-se que os elementos para análise foram contextualizados e reconhecidos, mas, incapazes de descrever fielmente a realidade, uma vez que

O objeto das Ciências Sociais é *histórico*. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, no embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social (MINAYO, 1994, p.13).

A abordagem histórica proposta possibilitou a recuperação de elementos fundamentais acerca da relação Estado/Sociedade na atualidade e as mudanças que ocorreram a partir da década de 1990. Esse enfoque permitiu entender não só o que existe, mas também o que modificou e o que persiste.

Neste estudo, conforme se acenou, entende-se o Controle Social na concepção construída pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira a partir da década de 1980 como o controle da sociedade sobre as ações do Estado. O Controle Social como processo político implica na existência de governos democráticos e estimulados à partilha do poder com a sociedade civil e, nesses termos, promover a construção de canais participativos e instrumentos institucionais com vistas ao favorecimento do protagonismo da sociedade nos assuntos de interesse público (CAMPOS, 2006).

No que se refere à participação, adota-se a perspectiva defendida por Gohn (2001) ao se referir as formas clássicas de participação embasadas no sentido de Participação Democrática/Revolucionária. Essa autora afirma que essa percepção visa fortalecer a sociedade civil, buscando construir caminhos que levem a uma nova realidade, sem desigualdades e injustiça social. Ademais, o pluralismo é a característica desse entendimento, pois se consideram os partidos políticos, movimentos sociais, experiências associativas, tais como grupos de jovens, idosos, moradores de bairros, que nesse processo participativo são considerados sujeitos políticos coletivos.

Para aprofundamento do debate lança-se mão da pesquisa bibliográfica e documental sobre o assunto, trabalhando mais especificamente o Controle Social na Política de Saúde brasileira, na qual se recorrem às publicações nacionais (livros e periódicos científicos), trabalhos acadêmicos (monografias, dissertações, teses, artigos) e documentos do Ministério da Saúde que tratam da temática, como referenciais e fontes de dados que contribuíram para o

aprofundamento da análise do objeto deste estudo, além de elaborar também uma análise mais profícua no Controle Social proposto pelas diretrizes do NASF.

Cabe destacar que para realização da pesquisa ora apresentada, foram levantados dados junto à Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande no intuito de investigar a forma como foi implementado o NASF naquela cidade, a localização em que os profissionais estavam inseridos e quais os profissionais que compunham esses Núcleos. O período planejado para realização da coleta de dados foi agosto de 2012, mas, esse período apresentou-se como um fator complicador da pesquisa por coincidir com o processo eleitoral municipal. Por tal razão, sérias dificuldades no processo de coleta de dados foram enfrentadas, o que retardou sobremaneira a pesquisa, concluída em 2013.

Considera-se que exercício do Controle Social permite que diversos sujeitos participem da dinâmica e desenvolvimento da Política de Saúde. Essa dinâmica societária fortalece a ideia de que os espaços de representação social na organização e gestão das políticas sociais devem ser alargados para possibilitar a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, principalmente os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político.

Tal perspectiva, de acordo com Raichelis (2000) funda-se em uma visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e na implementação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social para que ela seja cada vez mais representativa da sociedade, especialmente das classes dominadas.

Assim, avaliar e sistematizar as diversas experiências de participação popular em curso, que procuram alterar os métodos autoritários, elitistas e tradicionais de gestão pública é um desafio que se coloca como necessidade imediata, para instrumentar a elaboração teórica e a prática dos movimentos sociais e demais segmentos para a construção de espaços cada vez mais democráticos.

Conforme se mencionou, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) da Família foram implantados em 2008, de acordo com os preceitos do Ministério da Saúde, com mesmo intuito proposto na implantação da Estratégia Saúde da Família, de reorientação do Sistema à Saúde e fortalecimento da atenção básica. Na análise de Martiniano (2010), o NASF tanto pode ser um

elemento de desmantelamento dos serviços de Saúde, ou uma importante estratégia de reestruturação das praticas de atenção básica a partir da reorientação do perfil profissional na área da Saúde.

Em torno dessas considerações faz-se necessário o aprofundamento no debate do que está recomendado nas diretrizes do NASF. É importante destacar que o município de Campina Grande no interior da Paraíba é uma das cidades pioneiras na implantação⁵ dos NASF. No período da pesquisa de campo, em 2012, verificou-se que para dar cobertura as 92 (noventa e duas) equipes da Estratégia Saúde da Família existentes, divididas em seis distritos sanitários, foram inseridos no município 09 (nove) NASFs de nível 1, conforme a densidade populacional. Esses Núcleos eram compostos por psicólogos, fonoaudiólogos, pediatras, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, farmacêuticos e assistentes sociais, distribuídos pelos NASF a depender da realidade local.

Como assinalado anteriormente, o estímulo à Participação e Controle Social faz parte das diretrizes do NASF proposta pelo Ministério da Saúde que devem orientar a ação dos profissionais que compõem a equipe. Cumpre evidenciar que estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as equipes de Saúde da Família, é uma das ações direcionadas aos profissionais de Serviço Social do NASF, mas que não deve ser entendida enquanto uma atividade específica dos Assistentes Sociais, sendo, porém, uma ação de todos os profissionais que neles atuam.

Esta pesquisa foi realizada em dois NASFs, sendo utilizados como critério de definição da amostra os núcleos que tivessem o maior número de profissionais compondo sua equipe, como também tivessem o maior número de ESFs vinculadas, atendendo assim um maior número de usuários. Assim, conforme as informações fornecidas pela Secretaria de Municipal de Saúde de Campina Grande, dois NASFs foram selecionados.

Devido a política perseguidora adotada pela gestão nos últimos anos, opta-se pela não divulgação da localização dos NASFs, para que sujeitos não

⁵ Merece destaque também o processo pioneiro de implantação da Estratégia Saúde da Família em 1994 no município campinense. Ver BERNARDINO *et al* (2005) e CARNEIRO (2007).

venhão a ter prejuízos com a divulgação das informações. Para garantia do anonimato dos sujeitos participantes, adotou-se a identificação “E”, referente a entrevistada, e assim enumerados aleatoriamente de 1 A 12. Os resultados da pesquisa serão discutidos e divulgados para os sujeitos envolvidos.

Assim sendo, do universo de 9 NASFs existentes em 2012, a amostra abrangeu duas equipes do NASF de Campina Grande, compreendendo um número de dezoito profissionais, mas as entrevistas só foram realizadas com doze desses profissionais pelos seguintes motivos: um (1) profissional estava exercendo outra função na Secretaria de Saúde; dois (2) encontravam-se em licença do trabalho; um (1) de férias; um (1) profissional não aceitou realizar a entrevista; e dois (2) que não foram possíveis localizá-los nem estabelecer nenhum contato.

Por razões do contexto político eleitoral (com eleições para a Prefeitura Municipal), o período de coleta de dados estendeu-se aproximadamente entre novembro de 2012 a fevereiro de 2013.

O processo de coleta de dados só pode ser iniciado após a emissão do parecer consubstanciado do Comitê de Ética (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em setembro de 2012, conforme Anexo 1, apensado a esta Dissertação, o que garantiu a aprovação da pesquisa pela Secretária de Saúde Municipal de Campina Grande. Assim com a aprovação desta pesquisa pelo CEP, protocolou-se o pedido de anuência junto à Secretária de Saúde Municipal de Campina Grande para realização da pesquisa, cuja aprovação se deu no final de outubro de 2012.

Como instrumento de coleta de dados, lançou-se mão de entrevistas semiestruturadas (gravadas através do aplicativo de gravação de voz QuickVoice Record disponível para aplicativos móveis, nesse caso utilizou-se um IPAD), realizadas com os profissionais dos NASFs de Campina Grande-PB. Esse instrumento permitiu que fossem levantados os dados referentes ao perfil dos sujeitos da pesquisa como possibilitou que esses sujeitos discorressem sobre suas inquietações acerca do tema proposto.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi dividido em três pontos: perfil dos sujeitos; compreensão do NASF e compreensão do Controle Social. O referido roteiro encontra-se anexado neste trabalho como Apêndice 1.

Ressalta-se que, em se tratando de um estudo investigativo no qual envolve seres humanos, foram seguidas todas as determinações contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/1996 – atualmente, esta Resolução foi substituída pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 - que trata da ética na pesquisa que envolve seres humanos. A assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas entrevistadas foi feita após receberem as informações do pesquisador sobre os objetivos da pesquisa e retirar todas as dúvidas concernentes à pesquisa, sendo garantido o sigilo sobre a fonte de informação. O Modelo do Termo está arrolado ao final desta Dissertação como Apêndice 2.

A adoção da técnica da entrevista como procedimento de coleta de informação junto aos sujeitos da pesquisa proporciona perceber a realidade desses sujeitos de forma

[...] reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 1994, p.10).

Para a interpretação dos dados, utilizou-se a leitura estatística descritiva para a discussão dos dados objetivos, referentes ao perfil dos sujeitos; e para tratar dos dados subjetivos, adotou-se a técnica de análise de conteúdo. Richardson (1999, p.222) ao tratar da técnica de análise de conteúdo afirma ser esta um conjunto de instrumentos metodológicos cada dia mais aperfeiçoado que se aplica a discursos diversos. Esse autor também adota várias definições, dentre as quais, destacam-se: a de Kaplan (1943) que procede a uma análise estatística do discurso político e a de Bardin (1979, p. 31) que assevera:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

As entrevistas realizadas com os sujeitos foram transcritas fielmente, analisadas e categorizadas a luz das concepções teóricas que perpassam a análise do objeto deste estudo.

Minayo (1994) aponta que essas mensagens expressam a realidade, explicitando-a, justificando-a ou questionando-a, trazendo em seu bojo os conflitos e contradições das condições em que foram engendradas e, por sua vinculação dialética com a realidade, só podem ser compreendidas ao mesmo tempo em que se apreendem as relações sociais que elas expressam.

A estrutura deste trabalho monográfico compreende três capítulos, a saber:

O *Capítulo I* versa sobre as aproximações teóricas em torno das categorias: Controle Social, Participação e Democracia. Essa discussão teórica permeia a relação Estado/sociedade civil, embasada em autores clássicos e contemporâneos que tratam dessas temáticas. Posteriormente, essas categorias são analisadas a luz do contexto sociohistórico brasileiro a partir do recorte temporal do processo de redemocratização da sociedade nos anos de 1980 que resultou na promulgação da Constituição “Cidadã” de 1988, na qual enseja o papel dos Conselhos participativos.

No *Capítulo II*, analisa-se a relação da Política de Saúde brasileira com o Controle Social. Para tanto, desenvolve-se um breve resgate histórico desde a emergência das políticas sociais no Brasil, com destaque as contrarreformas que as políticas sociais passam a sofrer a partir do século XX. Nesse enfoque, prioriza-se a questão da Saúde em torno de ponderações acerca da conquista do SUS, dos modelos assistenciais voltados para o setor, enfatizando a proposta do Controle e Participação Social no SUS. Essa construção expositiva é perpassada pela análise da conjuntura pós-Constituição de 1988, momento caracterizado pela ofensiva neoliberal. Nesse contexto, situa-se o processo de institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde.

No *Capítulo III*, avaliou-se o Controle e a Participação Social nos NASFs no foco das propostas de reorientação do Sistema de Saúde a partir da atenção básica, na qual se discorre sobre a Estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Em relação aos NASFs, consistiu no *locus* da pesquisa, cujo objeto circunscreve-se ao Controle Social no SUS, segundo a perspectiva dos profissionais que atuam nesses Núcleos. Nesse Capítulo,

priorizou-se analisar os dados coletados nas entrevistas dos profissionais – os seus discursos - acerca da Participação e do Controle Social em nível local (Campina Grande/PB), cujas discussões teóricas e técnicas (análises dos princípios e diretrizes e a estruturação em nível nacional proposto pelo Ministério da Saúde) foram introduzidas nos capítulos anteriores e nos primeiros itens que estruturam o Capítulo 3.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, as referências, apêndices e anexos.

1 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: aproximações teóricas

Este Capítulo foi construído teoricamente para aprofundar a análise de duas categorias centrais – Controle Social e Participação - que perpassam o objeto de estudo desta pesquisa que discute o Controle Social no SUS a partir da perspectiva dos profissionais que atuam na Atenção Básica no município de Campina Grande/PB.

Trata-se de duas categorias que teórica e politicamente se imbricam, posto que o Controle Social não se efetiva plenamente sem a Participação

coletiva nem esta se materializa sem a presença das estratégias sociais de poder.

Na interpretação teórica sobre o Controle Social parte-se da discussão do seu conceito que se materializa na relação Estado e sociedade civil. Para tanto, finca-se nas contribuições dos pensadores clássicos até os estudiosos contemporâneos.

Na construção teórica e política sobre Controle Social, discute-se a Democracia enquanto uma categoria histórica inerente a sua interpretação.

1.1 O conceito de Controle Social: uma tentativa de discussão

O controle social tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto da sociedade sobre as ações do Estado. Mesmo nessas duas acepções existem diferenças devido ao entendimento da função do Estado e da extensão do seu poder, a forma como se concebe a sociedade civil, as relações sociais, dentre outros determinantes. Portanto, para tratar da categoria Controle Social, faz-se necessário entendê-la no bojo da relação Estado/sociedade civil. Esse debate remete aos clássicos e aos autores contemporâneos.

Para subsidiar esse debate conceitual apoia-se no pensamento gramsciano, que considera que o Controle Social não é do Estado ou da Sociedade Civil, mas das classes sociais. Ele pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil é um espaço contraditório de luta de classes pela disputa de poder.

O debate acerca do controle social enfatizando o controle que a sociedade civil exerce sobre o Estado é algo recente. Desde os primórdios do Estado Moderno os mecanismos de controle social tinham o intuito de limitar a participação do indivíduo na sociedade, cabendo ao Estado esse papel regulador. “A noção de controle social concebe o Estado como aquele que tem o papel de conter as forças e tendências desagregadoras presentes na sociedade em estado natural” (HOBBS, *apud* SOUZA, 2006, p. 169). Nesse sentido o termo controle social está fundamentado por meio da relação

Estado/sociedade civil. Os jusnaturalistas⁶ defendiam que o termo sociedade civil foi usado como sinônimo de estado civil em contraposição ao estado de natureza (anterior a qualquer forma de organização).

O modelo teórico idealizado pelos jusnaturalistas tem por base dois elementos: o estado de natureza e a sociedade (ou estado) civil fundada através de um contrato social. O estado de natureza é anterior a qualquer formação de comunidade organizada, onde os indivíduos são livres e iguais e os direitos são naturais. E o conceito de sociedade civil é sinônimo de sociedade política contraposta ao estado de natureza, no qual o Estado é a instância que preserva a organização da sociedade por meio de um contrato social. Esse contrato social consiste na renúncia ao direito de natureza em nome de um soberano no qual concentra em si toda a força à qual renunciaram todos os homens.

Hobbes (Séc. XVI) sinalizava o poder absoluto do Estado para garantir a vida, a propriedade privada dos indivíduos e a mediação dos conflitos no interior da sociedade. Esse poder ilimitado dado ao Estado, fez com que essa teoria encontrasse restrições/resistência por parte da burguesia⁷ em ascensão, onde esta tinha a pretensão, enquanto classe, de controlar o poder do Estado. “A relação Estado/sociedade nesta perspectiva assinala que o controle social é exclusivo do Estado absoluto - sem qualquer controle externo - sobre os membros da sociedade, que se tornem seus súditos” (CORREIA, 2004, p.154)

O pensamento de Locke (Séc. XVII) por sua vez, permeou a teoria do Liberalismo clássico⁸, que apontava limites ao poder do Estado, pressupondo

⁶ Eles são pertencentes da Escola Política Clássica ou Escola do Direito Natural, cujos fundamentos estão guiados pela razão abstrata. Hobbes, Locke e Rousseau são considerados os clássicos da política do contratualismo moderno (Ver: Bobbio e Bovero, 1994). A concepção jusnaturalista foi o resultado de transformações econômicas e sociais que impuseram mudanças na concepção de poder do Estado, que passou a ser compreendido como uma instituição criada através do consentimento dos indivíduos através do contrato social.

⁷ Hobbes colocou um limite à pretensão burguesa de autonomia, em termos de que o proprietário faça do seu bem o que queira, pois na sua perspectiva “[...] todas as terras e bens deveriam ser controladas por um soberano [...] A proposta de restauração absolutista de Hobbes não prosperou na Inglaterra, e a intervenção do Estado no controle da propriedade não agradou a burguesia que aspirava autonomia sobre sua propriedade” (CORREIA, 2004, p.154).

⁸ Oliveira (1994) aponta que em um grande período que perpassa o séc. XVIII, a interferência do Estado na esfera econômica não era bem vista, nem desejável, pois introduzia perturbações ao mecanismo de mercado, dificultando o livre jogo da oferta e

que a precedência dos direitos naturais é anterior à formação do poder político, cabendo a este a preservação dos mesmos. Ele sinalizava que os limites impostos ao Estado são no sentido deste não interferir na economia, ou seja, na capacidade de cada indivíduo acumular bens. Esse pensador colocou a tradição contratualista na direção da resistência ao absolutismo, impondo limites ao poder do Estado (CORREIA, 2004, p.154) O cerne do pensamento de Locke é a defesa da limitação do poder do Estado em função do respeito e conservação dos direitos naturais à vida, à liberdade e à propriedade, anteriores a sociedade política. O Controle Social do “povo” (proprietários portadores de direitos) é no sentido do Estado não interferir na economia garantindo, porém a liberdade econômica.

Com Rousseau (Séc. XVIII) o poder do Estado é limitado pela vontade do povo, onde a sociedade civil não seria o aperfeiçoamento do estado de natureza, mas o verdadeiro caos e corrupção, onde a propriedade privada acaba com o estado de natureza (aqui o homem é bom e desprovido de egoísmo), e dá origem à sociedade civil. Sendo assim, o Estado teria a missão de moralizar e retificar as distorções feitas pela sociedade. O Estado democrático de Rousseau é caracterizado pelo poder deste residir no povo, no qual abdica de sua liberdade ao Estado que expressa suas vontades, onde o controle social é do povo sobre o Estado, que representa a vontade geral e garantir a soberania popular. Ele concebeu um Estado que deveria intervir para assegurar certo grau de igualdade.

Para Tonet (2004) esses autores acima identificados como contratualistas partem da dicotomia entre o estado de natureza e o Estado de sociedade, em que o Estado surge com um conjunto de instrumentos capaz de impedir a guerra generalizada que era característica do estado de natureza, garantindo porém de forma adequada os interesses de cada um. “O Estado com seu aparato jurídico, político e administrativo, oriundo do consenso dos indivíduos e com a finalidade bem definida de assegurar o livre exercício dos direitos naturais desses mesmos indivíduos” (TONET, 2004 p.22).

da procura. Este período marcará o ESTADO LIBERAL, no qual a atividade econômica se desenrolava autonomamente, sem interferência dos poderes públicos. O Estado limitava-se a definir o quadro jurídico que a atividade econômica teria de respeitar relacionado a legislação de natureza comercial.

Hegel (Séc. XVIII-XIX) diverge dessa posição dos contratualistas, quando afirma que o Estado é o resultado do consenso dos indivíduos. Para ele, o Estado é um momento superior a racionalidade que se impõe sem o consenso dos indivíduos, onde a o Estado funda a sociedade civil onde está é ascendida à sociedade política considerando uma distinção entre essas pois a sociedade política diferentemente da sociedade civil é regida pelo “princípio da universalidade”.

Ao situar a esfera estatal como espaço de realização e manifestação dos interesses universais, Hegel quer dizer que a *construção deste* também se processa nessa esfera. Ou seja, as diferentes demandas advindas das organizações da sociedade civil (“corporações”) seriam atendidas quando compatíveis com o interesse comum. Assim, para Hegel, caberia ao Estado garantir o bem público ao mesmo tempo que preserva a sociedade civil e seus fundamentos, dentre os quais, a propriedade privada. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.33).

Karl Marx (Séc. XIX) ao analisar a relação entre Estado e Sociedade Civil tem como ponto de partida as postulações hegelianas, para Hegel a esfera da sociedade civil seria relacionada aos interesses econômicos e particularistas e o Estado seria a esfera dos interesses universais. Segundo Montañó e Duriguetto (2011), contrário do que pensava Hegel, para Marx o Estado se fundamenta na sociedade civil sendo o Estado resultante da sociedade civil, expressando e perpetuando as contradições desta sociedade civil.

Para Coutinho (1981) as teorias de Marx, como também de seu companheiro Engels, no campo da teoria política sobre a fundação estatal levaram ao desvendamento do Estado mostrando que sua falsa autonomia e superioridade residem nas relações sociais de produção e sua aguda divisão de classes. Assim, a função desse Estado para Marx seria a preservação e reprodução dessa divisão de classes como também a garantia dos interesses particulares em detrimento dos interesses gerais.

O conceito de Sociedade Civil em Marx inscreve-se na crítica a Hegel e ao mesmo tempo reconhecendo a conceituação de Hegel sobre tal categoria. Marx considera a sociedade civil como base econômica e o Estado enquanto superestrutura, assim o Estado emerge das condições materiais de existência, ou seja, da estrutura econômica que o autor considera ser a sociedade civil. Marx toma como objeto de análise a sociedade civil moderna a qual ele denomina de

sociedade burguesa. A natureza da sociedade civil moderna é fundamentada na propriedade privada regida pelo capital e permeada pela relação conflituosa entre capital e trabalho marcada pela concorrência, interesses privados e individualismo.

Para Marx o Estado incorpora as exigências da classe que ele representa – a burguesia – se posicionando enquanto guardião e garantidor da propriedade privada.

O Estado é a instância que diz representar o interesse universal, mas representa o de uma classe. Ele cumpre a universalidade reproduzindo o interesse da classe dominante. Assim, o Estado tem a aparência da universalidade, mas a sua realidade efetiva é particular, na medida em que ele garante a organização das condições gerais de um sistema social (ou organização da produção) no qual e pelo a burguesia existe com classe dominante. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.34-35).

Chauí (2011) traz uma reflexão importante sobre o Estado no interior da “sociedade histórica” visualizando este enquanto um advento do poder político como um polo separado do social e que nasceu da própria ação social. Para a autora a sociedade é dividida e o próprio Estado é um reflexo dessa divisão. Essa autora ainda afirma que os conflitos e contradições, próprios da sociedade fundada na divisão e antagonismo de classes, são o que o Estado tenta esconder e simular.

Aparecendo como um poder uno, indiviso, localizado e visível, o Estado moderno pode ocultar a realidade do social, na medida em que o poder estatal oferece a representação de uma sociedade, de direito, homogênea, indivisa, idêntica a si mesma, ainda que, de fato, esteja dividida. (CHAUÍ, 2011, p.31)

É no limiar dessa relação conflituosa entre capital e trabalho que as lutas de classes devem seguir no sentido da revolução da classe trabalhadora e pelo fim das classes, como também do Estado, por meio da emancipação política da sociedade. Conforme Tonet (2004) para Marx por mais que essa emancipação política seja o desenvolvimento mais pleno da esfera política (onde os cidadãos exercem seus direitos), esta não pode ser a etapa final de libertação do homem, pois, ainda deixa intacto e não elimina o ordenamento do capital. Ao contrário da emancipação humana, esta sim, destacando que não seria o fim da história, mas,

o significado de superação do Estado e de seus fundamentos, a abolição das contradições de classes e a emancipação da classe operária.

Outra perspectiva de análise acerca da relação Estado/Sociedade Civil⁹ que se considera importante ressaltar pauta-se no referencial teórico marxista. Gramsci (Séc. XX) é tomado como pensador dessa linha de pensamento, pois sua obra perpassa por uma visão crítica e histórica dos processos sociais, afirmando e desenvolvendo dialeticamente a teoria marxista. Ele analisa a sociedade civil, não como estrutura, base material, como aponta a concepção marxiana, mas como um momento da superestrutura, sendo este o lugar em que se dá a formação do poder ideológico, diferente do poder político, compondo assim uma noção de Estado ampliado¹⁰.

Nesse sentido, afirma Correia (2004, p.162)

[...] para este teórico, a estrutura - esfera econômica ou mundo da produção - e a superestrutura se relacionam dialeticamente formando um bloco histórico. Na superestrutura se localiza a esfera da sociedade civil, que é o conjunto dos organismos privados (escolas, igrejas, sindicatos, meios de comunicação) que exercem o consenso sobre a sociedade dando a direção moral e política dessa, e a esfera da sociedade política, que é o conjunto dos aparelhos repressivos (instituições jurídicas, penais, militares, policiais, etc) que exercem a coerção e o domínio sobre a sociedade. A sociedade civil e a sociedade política, que compõe a superestrutura, e a sociedade econômica, que é a estrutura, são esferas que constituem a realidade social e estão dialeticamente articuladas.

É na conjuntura pós-Primeira Guerra Mundial com as transformações decorrentes no cenário econômico e social que Gramsci aprofunda suas reflexões enquanto intelectual politicamente engajado e compromissado com a classe operária italiana. Para Gramsci seria através da socialização da política, que é marcada pelo surgimento de novas relações sociais com a presença, no

⁹ Correia (2004) sinaliza que esta relação Estado /Sociedade civil, a noção geral de Estado em Gramsci inclui elementos que também são comuns a noção de sociedade civil (nesse sentido poder-se-ia dizer que o Estado= sociedade política + sociedade civil).

¹⁰ O Estado é ampliado em Gramsci por abranger a sociedade política e a sociedade civil com seus aparelhos de hegemonia, com intuito de manter o consenso formando um “bloco histórico” que conforme Coutinho (1981) é o reflexo das relações sociais de produção.

cenário do capitalismo, de organizações que representa tanto o interesse dos trabalhadores quanto do capital, que o Estado se amplia incorporando novas funções a partir das lutas de classes, preservando ao mesmo tempo a função da coerção com os interesses da sociedade política, e do consenso incorporando a esfera da sociedade civil.

É nessa socialização da política que também faz emergir uma nova esfera da vida social, a sociedade civil. A sociedade civil é o espaço de representação de interesses de diferentes grupos sociais, “[...] é uma das esferas da sociedade em que se confrontam projetos societários, na qual as classes e suas frações lutam para conservar ou conquistar a hegemonia” (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2011, p.43).

Para Coutinho (1981) é através da ampliação da socialização da política que a sociedade civil se articula no sentido de influenciar a vontade coletiva nos processos sociais confrontando a influência e imposição da economia nesses processos. Esse processo de construção de um bloco-histórico com a hegemonia das classes subalternas dá-se através da visão da política em seu sentido amplo, passando de uma visão econômica e corporativa para uma visão de sentido ético político. Essa passagem é denominada por Gramsci de “*cartase*”.

Correia (2010) sinaliza que a hegemonia significa o predomínio ideológico de uma classe sobre a outra em busca de obter um consenso por meio dos aparelhos privados da sociedade civil. É nesse terreno de frequentes disputas de classes que as classes subalternas podem construir sua hegemonia.

Gramsci é adepto da corrente classista, pois entende que “[...] o controle social seria movido pela contradição presente na sociedade civil, ora pendendo para a classe dominante, ora pendendo para a classe subalterna, a depender da correlação de forças entre essas” (CORREIA, 2004, p.160). Assim, o Controle Social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais, e por isso é contraditório podendo ser de uma classe ou de outra.

É a partir da concepção gramsciana de Estado – com função de manter o consenso e a coerção – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, via correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil.

Na perspectiva gramsciana não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais. O controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia¹¹.

Para o marxista italiano, o Estado não era somente o aparelho repressivo da burguesia; ele principalmente incluía a hegemonia da burguesia na superestrutura. E hegemonia para Gramsci não equivale à pura dominação, mas a direção social baseada num certo consenso e aceitação dos setores subalternos. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 45).

Nesse sentido, é de suma importância o conhecimento desse processo de dominação através do convencimento e consentimento no interior da sociedade civil. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai delimitar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade.

Para Carlos Nelson Coutinho (1943-2012) grande estudioso da obra de Gramsci, foi o processo de democratização do Brasil e a efervescência dos movimentos populares contrários ao governo no início da década de 1970 que Gramsci se tornou um dos mais importantes interlocutores do pensamento social brasileiro.

Esse autor afirma que nessa conjuntura de enfrentamento ao período ditatorial o conceito de sociedade civil entra em voga na conjuntura social brasileira sendo conceituada de forma equivocada e contrária ao pensamento gramsciano. Naquele contexto, Sociedade civil tornou-se sinônimo de tudo que era bom e contrário ao Estado ditatorial. Tal deslize conceitual suplantou o caráter contraditório e heterogêneo da sociedade civil brasileira, onde tal conceituação direcionou para um entendimento da relação Estado e Sociedade civil sob o prisma de uma dicotomia maniqueísta perceptível até os dias atuais.

Para Simionatto (2001, p. 19) é de suma importância a compreensão aprofundada das categorias de análises gramscianas para se entender as

¹¹ Esta hegemonia dá-se através do predomínio ideológico dos valores e normas de uma classe sobre a outra. Segundo Simionatto (2001, p.9) a noção de hegemonia enquanto totalidade significa a unificação entre a estrutura e a superestrutura, da atividade de produção e de cultura, do particular econômico e do universal político. Não se trata de uma universalidade ideológica, mas concreta, pois os interesses particulares passam a articular-se com os interesses universais.

transformações societárias dos séculos XX e XXI, pois tais categorias podem “[...] desvelar os problemas contemporâneos da vida social e política num momento em que o velho morre e o novo ainda não encontra espaço para nascer”.

A leitura equivocada do conceito de sociedade civil na perspectiva gramsciana não leva em consideração o reconhecimento da dimensão política que permeia o conceito de sociedade civil enquanto um espaço heterogêneo e de luta de classe em busca de hegemonia. A ênfase, nessa relação dicotômica, nega o que nas análises do marxista italiano tem de mais importante, a concepção de realidade pautada na articulação dialética da estrutura e superestrutura em consonância com as múltiplas determinações econômica, política, social e cultural. Gramsci é um pensador marxista, cuja obra é pautada por uma visão totalizante, crítica e histórica dos processos sociais onde a igualdade política é impensável sem o fim da desigualdade econômica.

A sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia. A sociedade civil, enquanto integrante da totalidade social, tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da **direção político-ideológica**. (CORREIA, 2010, p.6 – grifo do autor).

O controle social interpretado a partir do conceito de sociedade civil em Gramsci desmascara a aparente homogeneização da sociedade civil enquanto guardiã de interesses universalistas, revelando-a enquanto antagônica e atravessada por diversos conflitos e interesses de classes inerentes e resultantes das relações de produção.

Dessa forma, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e balizado pela referida correlação de forças. Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido dessas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe,

passando do momento “econômico-corporativo” ao “ético-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas. Essa classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que esse incorpore seus interesses, na medida em que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante.

Nessa concepção, depreende-se que o controle social poderá acontecer via políticas públicas. O Controle Social na perspectiva das classes subalternas se efetiva através de setores organizados da sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas, visando controlá-las para que atendam suas demandas e interesses. Assim, o controle social envolve a capacidade que essas classes têm para interferir na gestão pública, buscando orientar as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

Nesse entendimento, concorda-se com Teixeira (*apud* Campos, 1997, p. 144) quando sinaliza que:

[...] a conquista de direitos, em especial por intermédio da implantação das políticas sociais é sempre resultado concreto e específico de uma relação de forças de classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo é a corporificação legal e institucional das relações de forças estabelecidas entre as classes e mediatizadas pelo Estado.

É importante considerar que essas políticas sociais são fruto de uma ação de reciprocidade e antagonismos entre o governo e a sociedade. Compartilhando do pensamento de Pereira (2001), salienta-se que as políticas sociais não devem ser analisadas de forma linear, com a função de atender apenas as necessidades do desenvolvimento capitalista ou como resultado apenas das lutas políticas da classe trabalhadora organizada, pois isso significa negligenciar a unidade contraditória dentro da qual ela se processa.

Assim, o estudo das políticas sociais¹² na perspectiva marxista deve ser analisado sob a luz da totalidade, através da articulação dos elementos econômicos, sociais e políticos.

¹² Frequentemente identifica-se a análise das políticas sociais diante do binômio “concessões e conquistas”, onde podem ser classificadas em dois grupos: de um lado aquelas que são frutos da conquista dos setores subalternos; e de outro, aquelas que

Ressalva-se a prevalência dessa relação antagônica entre a sociedade civil e o Estado de inspiração liberal no debate contemporâneo. Nessa concepção fica evidenciada a neutralidade do Estado aparecendo apenas enquanto mediador de conflitos no interior da sociedade e respondendo a esses por meio de políticas sociais como também garantidor de um terreno livre para a economia do mercado.

No que diz respeito ao trato da sociedade civil sob essa perspectiva, ela é vista por um “[...] viés predominantemente político sem articulação alguma com a base econômica, constituindo-se em um espaço homogêneo sem contradição de classe. Os interesses que nela circulam apresentam-se como universais, abstraindo-lhes o caráter de classe” (CORREIA, 2012, p.3).

Essa é a concepção defendida nos auspícios do capitalismo que esvazia os espaços coletivos de organização através de sua ideologia, que nas palavras de Simionatto (2004) seria a “ideologia do medo”, que através de ameaças constantes à classe trabalhadora com o derruimento de direitos trabalhistas, entraves na efetivação de direitos conquistados e o fechamento de inúmeros postos de trabalho causam a fragmentação e despolitização das lutas sociais.

É nessa perspectiva que se percebe a identificação da sociedade civil enquanto sinônimo do “terceiro setor”. Chamamento para o “terceiro setor” e as entidades privadas que o compõe direcionam para sociedade a responsabilidade para com os serviços sociais, através do voluntariado, da filantropia e da solidariedade. Ao mesmo tempo em que desresponsabiliza o Estado, trata as políticas sociais enquanto favor e caridade deixando de lado a esfera do direito, “[...] aqui a Sociedade Civil é tomada ao avesso do sentido gramsciano, à medida que é deslocada da esfera estatal e atravessada pela racionalidade do mercado” (SIMIONATTO, 2004, p.14)

Assim, consideram-se relevantes as informações pautadas no referencial teórico gramsciano para melhor compreensão da temática do controle social. O controle social interpretado a partir do conceito de sociedade civil em Gramsci requer desmistificar a aparente homogeneização desta como portadora de

são concessões do Estado e /ou das classes dominantes para os subalternos. Para Pastorini (1997, p. 92) esse binômio de certa forma é ambíguo e não completamente fiel à realidade social, fato que pode ocasionar com a sua aplicação, certas imprecisões nas análises referidas às políticas sociais.

interesses universais, colocando como eixo de análise os antagonismos de classe que a atravessam e que são próprios das relações sociais de produção capitalista.

Na conjuntura brasileira a concepção de Controle Social imprimida na Constituição Federal de 1998 é no sentido da participação de setores organizados da sociedade desde a formulação até a execução das políticas sociais. Os instrumentos que materializam e concretizam esse controle social são os Conselhos e Conferências, que segundo Raichelis (2000) são canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos, e principalmente um processo de interlocução permanente.

Gohn (2001) afirma que o debate sobre os Conselhos como instrumento de exercício do controle social e democracia esteve presente entre setores liberais e da esquerda em seus diferentes matizes. A diferença é que pelos liberais, eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de mudanças.

Gerschman (2004) refere-se aos Conselhos como mecanismos de controle social que seriam, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribuiria, assim para o alargamento da esfera pública. Nesse sentido, a viabilidade do controle social seria condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais.

A perspectiva do controle da sociedade sobre as ações do Estado tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980 e, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas, definida pela Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os Conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente, deliberativo e consultivo – e as Conferências setoriais. Essa participação adquiriu uma direção de controle social posta pelos setores progressistas da sociedade, ou seja, de controle por parte dos segmentos organizados da mesma sobre as ações do Estado no sentido deste, cada vez mais atender aos interesses da maioria da população, buscando superar a orientação do controle exclusivo do Estado sobre a sociedade cerceando qualquer expressão desta.

Os conselhos de gestão setorial são novos mecanismos que dinamizam a participação social. Insere o debate sobre as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas [...] a esfera pública implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações (RAICHELIS, 1998, p.45).

Nesse entendimento, Raichelis (2000) considera controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. A autora defende a possibilidade de construção da esfera pública – espaço de explicitação de interesses em conflito, de confronto de projetos sociais e de luta pela hegemonia – no âmbito das políticas sociais, que envolve a participação da sociedade civil na sua definição, implementação e controle.

Correia (2004) ressalta que o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população, implicando assim o controle social sobre o fundo público.

Tendo por referência esse enfoque conceitual, Carvalho (1995) enfatiza que a expressão controle social é de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão da relação Estado/sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e de controle sobre aquele, onde o controle social é apenas um dos enfoques da participação da comunidade, a qual se detém posteriormente. Ele afirma que se deve assumir e garantir o conceito pleno de participação comunitária que é bem mais amplo que o de apenas fazer o controle social, onde o ser humano cidadão e político tem uma tríplice função na sociedade¹³ participando nela de três maneiras: pela ação; a proposição; e o controle social.

Bravo (2006, p.80) aponta algumas tendências do Controle Social ao analisar os Conselhos de Saúde, entre as quais se destacam:

[...] 1. os conselhos têm sido percebidos como espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem

¹³ Essas três acepções serão discutidas no capítulo seguinte que trata da participação.

para o interesse de todos. Essa concepção pautada em Habermas e nos neo-habermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses; 2) a concepção dos conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Esta perspectiva também não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes. Influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal representante é Althusser. Essa posição não acredita no potencial dos conselhos e seus adeptos têm defendido a saída das entidades desses espaços; 3) a posição que não aceita este espaço, ou seja, questiona a democracia de base, participativa, e defende apenas a democracia representativa. Esta concepção política neoconservadora é assumida por alguns representantes governamentais, mas também tem respaldo na produção intelectual de cientistas políticos dedicados à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas, a exemplo de Carlos Estevão Martins (1994) que, quando analisa os canais de participação de diferentes sujeitos nas decisões governamentais, pelos conselhos, considera que os mesmos são incompatíveis com a democracia representativa e; 4) a posição, que concebe os conselhos enquanto espaços contraditórios pautando-se em Gramsci, permite fazer uma análise frente aos impasses com a organização social existentes a partir da década de 1990.

Abreu (1999) também contribui nesse debate ao analisar que a arena principal dos Conselhos refere-se à esfera das políticas públicas, como direitos sociais, nos marcos da política distributivista da riqueza social. A referida autora ressalta que a luta por direitos sociais no sentido da universalização e da democratização das políticas públicas não pode ser deslocada do movimento por transformações no plano econômico, tendo em vista o avanço dessa luta para além do horizonte histórico da democracia burguesa. Nessa concepção, os Conselhos podem constituir-se em instâncias de luta pela democratização das relações sociais e transformação da práxis supondo, portanto, a inscrição dessa luta no horizonte societário das classes sociais.

Nota-se que a concepção que visualiza os conselhos enquanto espaços contraditórios ou arenas de conflitos, em que diferentes projetos estão em

disputa estão pautados em Gramsci e nos neogramscianos¹⁴. No entanto, essa concepção não é hegemônica nas pesquisas existentes na atualidade. As visões que se contrapõem ao referencial gramsciano têm tido um impacto significativo acerca do papel político dos Conselhos e Conferências, sua efetividade e nas situações mais extremadas que não deve se dar mais importância a esses espaços. Tal visão tem tido um impacto significativo na relação entre Estado/sociedade. Nessa direção Cortes (2002, p. 09) indica, em relação ao Controle Social na Saúde que:

[...] diferentemente do que ocorria na segunda metade dos anos 80, os conselhos e conferências de saúde na década de noventa, parecem ter deixado de ser o local principal de negociações e de mediação de interesses setoriais. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos e nas comissões intergestoras.

Estudos realizados sobre o exercício do Controle Social por Bravo (2006), Gohn (2001) e Raichelis (2000) apontam desafios e limites à participação nos Conselhos de Saúde entre os quais se destacam: a concepção de democracia restrita; os Conselhos como espaço de viabilização das ações do Estado; populismo e cooptação dos Conselhos e conselheiros de saúde; apropriação dos Conselhos pelos gestores o que ocasiona perda de diálogo com a sociedade; fragmentação da questão social com o surgimento de múltiplos Conselhos; desrespeito por parte do poder público às decisões dos Conselhos; e crise na representatividade.

As afirmações de Monteiro e Fleury (2006) enfocam que os Conselhos de Saúde têm mais importância no momento de estabelecer e definir critérios de prioridades do que no momento de elaborar e executar o orçamento. No entanto, os autores também ressaltam que a criação dos Conselhos, como novos espaços institucionais de participação social, não apenas possibilita maior eficiência da gestão pública, como também permite a constituição de novos sujeitos políticos com acesso ao poder, favorecendo a ampliação do

¹⁴ As perspectivas neogramiscianas da economia política global buscam reler Gramsci sob a luz de novos contextos, revitalizando suas particularidades, sendo assim capazes de suscitar novas reflexões.

espaço público. Como canal de participação entre a sociedade e poder público, o Conselho permita que os interesses dos sujeitos políticos coletivos sejam levados ao poder público e destes para a sociedade.

Bravo (2006) ainda coloca que mesmo diante dos obstáculos mencionados, que acaba, por limitar esses espaços e a participação efetiva, os mecanismos tais como os Conselhos são imprescindíveis para a democratização do espaço público, conseqüentemente, à mudança da cultura política brasileira.

Uma vez que, o propósito desta pesquisa é discutir acerca do Controle Social na Política de Saúde, tais reflexões sinalizadas anteriormente parecem pertinentes para se abordar a participação social na Saúde. Para Carvalho (1995, p. 27) o controle social inspira os Conselhos de Saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado, “[...] assegurando políticas de saúde pautadas pela necessidade do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados”.

Cumprir ratificar a importância que as proposições gramscianas colocam para o entendimento do Controle Social. Para Simionatto (2004, p.15) o pensamento de Gramsci floresceu e aprofundou discussões e apontou caminhos que permanecem abertos que levam para construção de uma “[...] sociedade radicalmente democrática que inclua cada vez mais a massa de excluídos e de subalternizados pelo atual sistema”.

Assim, o debate que permeia Controle Social diz respeito também à democracia, que se tece a seguir a partir de algumas reflexões acerca desse termo nos marcos do capitalismo.

1.1.1 Democracia

A discussão do controle e participação social está articulada com a democracia. Longe de um conceito unívoco a discussão acerca da democracia situa-se em um terreno de frequentes disputas.

Cerqueira (2008) aponta duas formas de democracia distintas, mas não excludentes e sim complementares são elas: a democracia representativa e a democracia direta. A *democracia representativa* é cada uma das formas assumidas pela representação política decorrentes do direito ao voto. Traduz-se na representação política delegada aos membros em qualquer nível do governo (federal, estadual, e municipal). Com relação à *democracia direta*, é o conjunto de todas as formas de participação junto ao poder público, no qual a sociedade se apresenta para fazer sua própria representação política nos espaços dos conselhos, nas audiências públicas, nos próprios fóruns colegiados, onde os chamados grupos de interesses elegem seus delegados e se utilizam de instrumentos, como o plebiscito e o referendo.

Chauí (2011) ao analisar a questão democrática adentra em um profundo debate acerca da democracia nos sentidos sociológico, filosófico e histórico levando em consideração as instituições democráticas, os princípios da fundação da democracia e a relação da democracia com o socialismo.

A preocupação da referida autora direciona-se para os obstáculos na sociedade democrática e a forma de superá-los no interior da divisão social do trabalho. Ela afirma que foi com o surgimento de um novo sujeito político no Brasil - no transcurso dos anos 1980 - que a criação de direitos sociais englobando as questões econômicas, políticas, culturais, dentre outras, ultrapassando os direitos civis da democracia formal, que a sociedade caminha rumo à cidadania numa democracia substantiva. Tais fatores levaram a sociedade a refletir sobre os rumos da democracia representativa colocando em voga essa nova forma de democracia articulada a participação. Mas, as mudanças ocorridas na sociedade advindas do dinâmico e aprofundado modelo de acumulação capitalista e da ideologia¹⁵ neoliberal implicam negativamente nas lutas e movimentos sociais evidenciando a dificuldade de implantação de uma democracia substantiva no contexto brasileiro.

No interim da crise estrutural do capitalismo onde o poder é um privilégio de poucos detentores de grandes riquezas, percebe-se uma ênfase no conceito

¹⁵ Para Chauí (2011, p.32) através da ideologia são montadas um imaginário e uma lógica da identificação social com a função precisa de escamotear o conflito, dissimular a dominação e ocultar a presença do particular, enquanto particular, dando-lhe a aparência de universal. Características próprias da ideologia do capitalismo.

de democracia ao mesmo tempo em que são ignorados e blindados os espaços de controle e participação democrática. Teixeira (2010) trata da democracia enquanto soberania popular levando em consideração a sua reorientação no contexto capitalista enquanto democracia de mercado pautada nos princípios neoliberais. Ela chama atenção para falta de diálogo do governo com as instâncias democráticas principalmente no que diz respeito ao plano econômico brasileiro. Para a autora é necessário uma reflexão acerca da relação democracia e economia, que vira nebulosa devido à cisão da relação política e econômica funcional à ideologia capitalista. Wood (2007) sinaliza que o capitalismo proporcionou uma relação inteiramente nova entre o poder político e econômico que torna impossível que a dominação de classe se mantenha coexistindo com os direitos políticos universais.

É importante a delimitação de um conceito de democracia nos marcos do capitalismo. Tal delimitação deve abranger as esferas teórica e política incidindo nas ações e modo de vida e de pensar a sociedade, permitindo assim, traçar politicamente caminhos e realizar um debate profícuo sobre uma nova sociabilidade diferente desse tempo atroz, cruel e desigual no qual se inserido. Tempo esse de agudiza a mercantilização da ação humana e minimiza as expressões de democracia. “ Democratizar no sentido concreto exige desmercantilizar, ou seja, o fim do Capitalismo” (TEIXEIRA, 2010, p. 134).

Nesse mesmo sentido Wood (2011) problematiza sobre o direcionamento da democracia carregado no discurso das classes dirigentes após meados do século XX. Assim, a autora trata da democracia chamando atenção para os efeitos negativos que o imperialismo proporciona a esta com a tentativa norte-americana de consolidação de uma hegemonia global, onde a única ameaça real ao capital imperialista seria as lutas sociais - em seus âmbitos locais e nacionais- por uma democracia real que mude verdadeiramente as estruturas e poder de classe. Para autora nas condições do capitalismo global atual e do novo imperialismo a democracia tende a converter-se a um regime meramente formal, onde:

[...] os trabalhadores estão sujeitos tanto ao poder do capital quanto aos imperativos da competição e da maximização dos lucros. A separação da condição cívica da situação de classe nas sociedades capitalistas tem, assim, dois lados: de um, o

direito de cidadania não é determinado por posição socioeconômica – e neste sentido, o capitalismo coexiste com a democracia formal –, de outro, a igualdade cívica não afeta diretamente a desigualdade de classe, e a democracia formal deixa intacta a exploração de classe. (WOOD, 2011, p. 173).

O capitalismo permite que os direitos políticos se convertam em universais sem afetar fundamentalmente a classe dominante, pois a democracia permitida nos marcos do capitalismo é uma democracia limitada e formal. Nas concepções dominantes de democracia longe de encontrá-la no poder decisório da sociedade, encontram a democracia através da garantia de alguns direitos via Estado no intuito de criar uma sociedade portadora de direitos e ao mesmo tempo despolitizada e passiva em suas atividades políticas participativas.

Essa cultura de passividade¹⁶ que é própria da sociedade burguesa obstaculiza um projeto democrático através da coletividade e conforme Simionatto (2004) exclui os sujeitos dos processos revolucionários e os coopta através de sua hegemonia que instaura na classe trabalhadora uma indiferença para com os interesses coletivos.

Conforme as análises de Wood (2003) e (2011) sobre a relação da democracia com o capitalismo, afirma que:

[...] o capitalismo é – em sua análise final – incompatível com a democracia, se por “democracia” entendemos tal como o indica sua significação literal, o poder popular ou o governo do povo. Não existe um capitalismo governado pelo poder popular no qual o desejo das pessoas seja privilegiado aos dos imperativos do ganho e da acumulação e, no qual, os requisitos da maximização do benefício não ditem as condições mais básicas de vida. (WOOD, 2003, p.5).

No que corresponde ao campo da cidadania, Benevides (1994) sinaliza que esta exige instituições, mediações e comportamentos próprios, constituindo-se na criação de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicais e populares) e na definição de instituições permanentes para expressão da política, como partidos, legislação e órgãos do poder público. Tal autora em seus estudos também argumenta sobre as formas de cidadania ativa

¹⁶ Coutinho (1981) chama atenção para o que Gramsci costumava chamar de “revolução passiva” ou “revolução pelo alto” que seria aquela dirigida pela burguesia, seria um processo revolucionário se revolução, que deseja uma transformação excluindo as forças democráticas e populares do novo bloco do poder.

e passiva. A cidadania ativa é aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas, essencialmente, criador de direitos para abrir novos espaços de participação política. Com relação à cidadania passiva é aquela instituída pelo Estado com a ideia moral do fazer e da tutela. Nesse sentido corrobora-se com a ideia de cidadania ativa que fortalece o exercício do controle social nos canais de participação.

A democratização das políticas sociais na concepção de Mendes (1996) exige ruptura com processos centralizados de intervenção social. Nesse sentido, essa descentralização emerge como questão estratégica básica na construção da cidadania. Essa cidadania corresponde aos direitos e deveres na relação entre cidadãos e Estado, devendo ser balizada no reconhecimento da igualdade e a busca da participação do indivíduo na sociedade.

No que se refere à democracia vale a pena ressaltar as afirmações de Fleury (1994) sobre as “Novas Democracias” no cenário da América Latina, que são aquelas que vêm surgindo a partir dos anos de 1980. Essa expressão se aplica a regimes políticos que, apesar de suas muitas diferenças, têm pelo menos uma condição em comum: a recente derrubada das ditaduras, conduzindo à restauração de uma Democracia que nunca antes chegou a se consolidar. As “Novas Democracias” são aquelas, cuja construção ocorre em meio às condições políticas de uma transição, na qual foi impossível a completa eliminação do passado autoritário. Além disso, essa construção se dá em meio às circunstâncias criadas por uma crise social e econômica que acentua as situações de desigualdade social extrema, bem como da crescente desigualdade. As “[...] Novas Democracias quando ainda não consolidadas, são politicamente e institucionalmente frágeis” (FLEURY, 1994, p.223).

De acordo com Toledo (1994, p.196)

[...] a democracia é limitada, no interior do capitalismo. Por outro lado, “o valor da democracia política na ordem do capital reside nas possibilidades abertas para os trabalhadores e camadas populares melhor se organizarem politicamente e combaterem a hegemonia cultural e ideológica da burguesia”. A democracia cria, assim, as melhores condições para os trabalhadores lutarem pela construção de uma sociedade, sem privilégios e discriminações. É nesse sentido, pois que a institucionalidade democrática deve ser consolidada e permanentemente ampliada.

Segundo Raichelis (2000) a democracia participativa impõe uma visão ampliada de democracia, tanto por parte do Estado quanto da sociedade civil, e na implementação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social para que ela seja cada vez mais representativa da sociedade, especialmente das classes dominadas. Trata-se de uma dinâmica sociopolítica que envolve a organização e a representação de interesses coletivos na cena pública, que possam ser confrontados e negociados a partir do enfrentamento dos conflitos que regem as relações sociais na sociedade de classes.

O debate sobre democracia que permeia o pensamento marxista se esboçava em Marx e Engels nas críticas à democracia representativa e na preocupação que a ampliação da democracia com o sufrágio universal colocava para o movimento operário. Coutinho (1979) defende a necessidade de articulação entre a democracia representativa e a democracia direta, afirmando que essa ideia é patrimônio do legado marxista.

Coutinho (1979) em sua discussão sobre democracia e socialismo destaca que a democracia deve ser vista como valor universal enquanto a plena socialização do poder político, não se limitando a áreas geográficas, e que só poderá acontecer em uma sociedade socialista sem desigualdades materiais. Seu pensamento fica evidente nesta afirmação “que sem democracia não há socialismo, e sem socialismo não há democracia”. O autor acima citado coloca a ordem do dia a necessidade de repensar a democracia e o socialismo argumentando sobre o fracasso do processo de socialismo real, devendo esse fracasso às respostas inadequadas a questão da democracia, afirmando que o socialismo é, antes de mais nada, a repartição de poder, o que não aconteceu no leste europeu. Assim, a monopolização do poder levou o ressecamento da democracia.

O autor também se preocupa com polissemia que permeia o debate em torno da democracia, perceptível também na conjuntura brasileira, trava debates divergentes e contraditórios em torno daqueles que se propõem a representar os interesses da classe trabalhadora. Para ele as visões restritas de democracia advêm de leituras equivocadas do marxismo. Em entrevista para a “Revista Caros Amigos”, Carlos Nelson Coutinho (1943-2012) afirma que faria uma alteração em seu texto de 1979 colocando não a democracia como valor

universal, mas sim democratização, enfatizando mais uma vez que a plena realização da democracia só pode ocorrer em uma sociedade socialista. Por democratização o autor entende a plena socialização do poder político.

Coutinho (1979) chama atenção para necessidade de uma democracia socialista, constituída por uma democracia de massas, que Marx defendia ser obra do próprio proletariado no sentido de inverter as tendências de burocratização (próprias do neoliberalismo e sua concepção de democracia) e alienação do poder. Seria então uma democracia construída “de baixo para cima” que representasse a classe trabalhadora e a pluralidade de organismos que a representam (partidos, conselhos, comitês, associações, comunidades de base, e etc). Não podendo esquecer que ao longo prazo a apropriação social da política significa também o fim do Estado, que conforme observações de Gramsci seria a sociedade regulada e sem classes na qual o Estado será absolvido pelos organismos da sociedade civil.

Simionatto (2001) sinaliza que está fortemente impregnado no pensamento gramsciano a preocupação da construção de um novo processo civilizatório no sentido de vencer os desafios da modernidade e construir uma democracia de baixo para cima. Para a autora a hegemonia significa tanto a subordinação de uma classe sobre outra, como também, a capacidade das classes elaborarem uma reforma intelectual e moral na perspectiva de construção de uma nova visão de mundo, onde não se é possível alcançar a hegemonia excluindo do processo de transformação e reformas profundas na sociedade as camadas populares, deixando de lado a perspectiva democrática.

Concernente à questão da democracia no Brasil considera-se que as vicissitudes do processo histórico brasileiro influenciam na questão da democracia que aparecem como questões decisórias até os dias atuais. As expressões dominantes, autoritárias e elitistas assinalam a evolução dessa sociedade e seus princípios democráticos.

As transformações políticas e a modernização econômica social no Brasil foram sempre efetuadas no quadro de uma “via prussiana”, ou seja, através da conciliação entre frações das classes dominantes, de medidas aplicadas “de cima para baixo”, com a conservação essencial das relações de produção atrasada (o latifúndio) e com a reprodução (ampliada) da dependência ao capitalismo internacional, essas transformações

pelo alto tiveram como causa e efeito principais, a permanente tentativa de marginalizar as massas populares não só da vida social em geral, mas, sobretudo, do processo de formação das grandes decisões políticas nacionais. (COUTINHO, 1979, p.41).

Nesse sentido, é necessária a ampliação e intensificação da luta por um processo de renovação democrática via sujeitos coletivos, políticos e de base formando um poderoso bloco democrático e popular rumo a uma sociedade igualitária social, econômica e politicamente. Nesse processo, são importantes que as forças populares fiquem atentas as formas falsas impetuosas de democracia travestidas de progressistas que podem ser percebidas no discurso conciliador neoliberal.

Para Tonet (2004) a luta pela democracia é uma passagem para transformação da sociedade, mas nos marcos da sociedade capitalista torna-se necessário uma ampla reflexão onde e até que ponto a luta pela democracia é no sentido de efetivar uma emancipação humana. “É a alma da política ou a alma social, para usar os termos de Marx, que definira em que medida essas lutas contribuirão para o aperfeiçoamento da escravidão ou da libertação da humanidade” (TONET, 2004, p.25).

Destaca-se que depois dos anos de 1990, percebe-se a derrota do projeto de *democracia de massas*¹⁷, e consolida-se uma direção da classe dominante no processo de enfrentamento da crise brasileira. O enxugamento do Estado é a grande meta, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas.

Considerando que o objetivo desta pesquisa é o Controle Social na Política de Saúde, Coelho (2010) ao fazer uma análise acerca da implementação

¹⁷ Percebe-se nessa conjuntura uma disputa entre dois projetos societários que Bravo (2006) referenciando Netto (1990) aponta como *projeto democracia restrita x projeto democracia de massas*. O primeiro corresponde à concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para as questões sociais, restringe os direitos sociais e políticos. Já o segundo prevê a ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos, rurais e democráticos. Esse projeto propõe articular a democracia representativa com a democracia direta e adota como concepção o Estado democrático de direito responsáveis pelas questões sociais.

do SUS até os dias atuais assinala que atualmente a sociedade se encontra distante do cumprimento dos preceitos constitucionais, apontando a necessidade de que se estabeleçam outros movimentos que busquem a redução das desigualdades dentro e fora do sistema de saúde, no sentido de discutir o papel do Estado que é “questionador em sua pretensa debilidade para promover justiça social, uma vez que se mostra muito potente quanto aborda outras questões”, principalmente as relacionadas ao trato econômico.

Para esse autor a democracia era vista pelo movimento de Reforma Sanitária como um meio através do qual se poderia conseguir solucionar tanto os problemas das desigualdades sociais como um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo dos serviços de Saúde. Nesse sentido, grande conjunto de indicadores tem apontado à manutenção e até mesmo a ampliação das desigualdades no acesso aos serviços de Saúde, distribuição dos recursos, e as desigualdades sociais de uma forma mais geral. Assim, o referido autor questiona se a democracia traz mesmo a equidade.

Para Coelho (2010) tais fatores podem estar relacionados com a insuficiência de democracia, onde a democracia formal (direito ao voto) está em detrimento da democracia substancial (participação nas decisões da esfera pública). O autor ainda salienta a particularidade da Política de Saúde no que consiste a democracia substancial, pautada na articulação entre os conceitos restritos e ampliados de democracia com a incorporação de mecanismos de participação como: as conferências de saúde; os conselhos de saúde; as comissões intergestoras; e as gerências das unidades.

A complexidade da sociedade brasileira coloca na ordem do dia a necessidade de se pensar a democracia e seus mecanismos de participação nos processos decisórios pertinentes às políticas públicas, valorizando uma democracia mais participativa alicerçada no poder de classe e repensando nossa participação da sociedade enquanto apenas meros coadjuvantes de uma democracia representativa. Analisar as nuances da democracia significa pensar também num plano alternativo à sociedade capitalista, tal sociedade que tem a capacidade de modificar o conceito de democracia, reduzindo-a a uma esfera formal e jurídica. Nesse sentido, através da democracia, que não seja a democracia do mercado, é possível se pensar em um plano alternativo para além da sociedade capitalista.

Há de ser reconhecido que nas contradições que marcam o capitalismo, há sim a possibilidade de participação e controle democrático. Contudo, é importante ter clareza se, no contexto “democrático”, essa participação pode apenas manter o momento econômico-corporativo ou possibilitar a passagem para o momento ético-político. (TEIXEIRA, 2011, p.150).

Será através do reconhecimento do verdadeiro significado e direcionamento dos espaços democráticos que se visa fortalecer o controle social com vias a uma nova hegemonia protagonizada pela classe trabalhadora.

Partindo dessas proposições acerca do Controle Social adentra-se nas discussões conceituais da Participação Social.

1.2 Participação Social: aproximações conceituais

A questão da participação vem ganhando relevância nas discussões atuais que permeiam a gestão das políticas públicas. Ela pode ser entendida através do controle do Estado realizado por meio de toda a sociedade, circunscrevendo propostas de mecanismos de Controle Social tendo como principais mecanismos os conselhos e conferências, conforme se mencionou anteriormente.

A participação pode ser compreendida como processo social, no qual o homem se descobre enquanto sujeito político capaz de estabelecer uma relação direta com os desafios postos, ou seja, uma prática que está diretamente relacionada à consciência dos cidadãos e cidadãs, ao exercício de cidadania, e às possibilidades de contribuir com processos de mudanças e conquistas. Para Souza (2006, p. 170), ela deve ser pensada e discutida por todos os grupos sociais por dizer respeito às decisões relativas às suas condições básicas de existência. Sendo assim, a participação deve ser observada sob a perspectiva da correlação de forças existentes na sociedade e não como política de reprodução da ordem vigente.

A classe trabalhadora toma posição de enfrentamento e reage contra a iniciativa da burguesia quando se dá conta da exploração em que está inserida, criando através da participação, mecanismos para que seus interesses sejam interesses de todos, passando a ser uma questão mais geral. É nesse sentido,

que a participação é requisito de realização do próprio ser humano e para seu desenvolvimento social, ela requer envolvimento nas definições e decisões da vida social (SOUZA, 1991, p. 83).

Bordenave (*apud* SILVA, 2006, p.5) indica que a participação é inerente à natureza social do homem. Historicamente, é percebida desde a evolução na tribo e nos clãs dos tempos primitivos até as associações, empresas e partidos políticos atuais. Nesse sentido, a frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do homem social. Tudo indica que o homem só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade que permita e facilite a participação de todos. O futuro ideal do homem só se dará numa sociedade participativa.

As reflexões sinalizadas por Bettiol (2006) levam a perceber a participação como um processo que se dá em uma determinada realidade histórica e seu contexto social.

É através da participação que a comunidade deveria se apropriar não somente do saber destinado a resolver os problemas econômicos, políticos, sociais e culturais com os quais ela é confrontada, mas, deveria, apreender também a reforçar seu poder organizando-se de uma maneira crítica e audaciosa ao mesmo tempo (FAUNDEZ, *apud* BETTIOL, 2006, p.52)

Referindo-se à temática da participação, Demo (1999) afirma que esta deve ser conquistada, assim como a liberdade, abrindo espaços numa construção arduamente levantada.

Nesse sentido, a participação envolve a conduta ativa dos sujeitos nas decisões e ações públicas, na vida da comunidade e nos assuntos de interesse das coletividades de que sejam integrantes.

Simionatto e Nogueira (2001) entendem participação vinculando-a as estratégias de descentralização do poder e ao desenvolvimento comunitário, aproximando da população as instituições, de forma que possam fiscalizar e controlar os serviços prestados e aos quais têm direito.

Gohn (2001) propõe a participação de modo democrático-radical, ou seja, sinônimo de luta por direitos e por melhores condições de vida pela sociedade civil. Essa concepção, objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de uma nova realidade social, sem desigualdades, injustiças, exclusões, discriminações, etc.; tem caráter plural e está diretamente vinculada à cidadania.

De forma complementar, traz-se o conceito de Ammann (1978, p.61) quando afirma que “[...] participação social é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”, visando o controle social. Participação pode ser considerada também como uma forma de transformação dos mecanismos que mantêm e reproduzem as desigualdades sociais.

As argumentações sinalizadas por Teixeira (2012) dizem respeito à distinção entre a participação orientada para a decisão e a participação orientada para a expressão. A primeira caracteriza-se por uma intervenção de forma organizada, não episódica de atores da sociedade civil no processo decisório, e tem sido enfatizada pelos seus críticos como fundamental e definidora. A segunda é de caráter mais simbólico, e, voltada para a expressão, caracteriza-se por marcar presença na cena política ainda que possa não ter impacto decisório. O autor ainda sinaliza que não se trata de valorizar uma ou outra dessas polaridades, mas devemos considerar a possibilidade que elas têm para com o fortalecimento e a efetividade da democracia, e os limites para sua efetivação.

Carvalho (1995) discute três concepções de participação: a participação comunitária; a participação popular; e a participação social. A participação comunitária surge no início do século XX, compondo a ideologia e a prática dos centros comunitários norte-americanos pautados no assistencialismo. Nesse contexto, “comunidade” significa “[...] agrupamento de pessoas que coabitam em um mesmo meio ambiente, ou seja, compartilham o que se deveria chamar de condições ecológicas de existência, independente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem” (CARVALHO, 1995, p.16).

Nas décadas de 1950 e 1960, a participação comunitária, pautada na corrente teórica funcionalista, foi utilizada como dispositivo de controle do Estado em relação aos aglomerados urbanos, como mecanismo de controle social. À medida que o modelo neoliberal colocou exigências para o Estado, no sentido de reduzir a sua participação na garantia dos direitos e responsabilidades sociais, ocorreu à reedição das antigas práticas de colaboração da sociedade na execução das políticas sociais, por meio do voluntariado com apelo à solidariedade dos cidadãos. No Brasil desenvolvimentista dos anos de 1950 a participação consistia em envolver as comunidades na realização de atividades

em que o trabalho da população teria uma direção desejável para o sistema, quer dizer, deixava intocada a estrutura de classes e as relações de produção e de dominação.

A participação popular significa a crítica e a radicalização das práticas políticas opostas ao sistema dominante face ao agravamento das desigualdades sociais. Surge ao final da década de 1960 e se firma na década de 1970, com a emergência dos novos movimentos sociais, fundamentais para o processo de redemocratização da sociedade e do Estado brasileiro.

No período da ditadura militar em 1964, a participação popular caracterizou-se como estratégia da oposição e expressou a reação da população ao regime ditatorial existente. Naquela conjuntura, a população encontrava-se marginalizada ou subalternizada no que tange o acesso aos bens e serviços essenciais.

Trata-se de uma população alijada social, econômico e politicamente das decisões do Estado. Trata-se de uma mobilização pela luta contra o Estado, pelas melhorias sociais conquistadas, e o acesso conseguido por meio da pressão via movimento organizado. A participação significa aqui luta e contestação. Contudo, é no final da década de 1970 e início de 1980 que essa participação começa a ser entendida como participação nas decisões e não na execução das ações como fora anteriormente (SOUZA, 2006, p, 175).

No que consiste a participação social, esta é uma nova modalidade instituída na década de 1980, cuja categoria central é a sociedade e tem como objetivo, a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a interferência da sociedade no aparelho estatal.

Tendo por referência o enfoque conceitual de Souza (2006), o caldo cultural e político que permeou essa nova ideia de participação, orienta uma aceitação de controle social do Estado, contraria aquela que o controle privado ou particular é exercido por grupos com maior poder de acesso ou influência.

Na conjuntura do processo de redemocratização da sociedade brasileira, que tange a década de 1970 e início de 1980, a participação da sociedade organizada ocorreu em todos os níveis de pressão por liberdade e democracia. Nas manifestações de rua, na organização de agrupamentos sociais, nas eleições, na organização dos trabalhadores urbanos e rurais, na organização e luta das mulheres contra a discriminação e pela conquista de direitos, dos

negros, dos estudantes, enfim, do empresariado, dos políticos, nas mais variadas formas de manifestações.

Esse contexto é marcado pela mobilização e organização da sociedade através de movimentos de resistência à dominação e a apropriação do espaço e dos bens públicos e do próprio Estado por interesses privados do Brasil.

Nesse cenário a política econômica, sob os auspícios da ditadura militar, resultou em crise agravada pelo fim do milagre econômico e aliada à crise social, favoreceu a emergência de novas forças no cenário nacional: os movimentos sociais¹⁸.

O conjunto de ações da sociedade civil nessa conjuntura de conscientização a partir da organização política desaguou no final da ditadura militar, e um dos maiores avanços no campo democrático popular, que foi a instauração do Estado democrático e social refletidos na Constituição de 1988 (CF/1988). Pautados no pressuposto da legalidade foram abertos espaços para decisões políticas no campo da Saúde, como também para o estabelecimento de novos instrumentos legais, como as leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam a participação da comunidade na gestão do SUS, e reiteram avanços de inúmeros sujeitos coletivos.

Evidencia-se que esses avanços anteriormente mencionados, no que corresponde a Política de Saúde são frutos do Movimento de Reforma Sanitária que, por sua vez é expressão da luta da sociedade civil através de segmentos dos trabalhadores organizados, como protagonistas desse processo de mudanças operadas na Seguridade Social, em especial na Saúde.

O SUS deriva dessa luta, modelo centrado na universalidade, na equidade e na participação popular, apesar das conhecidas distorções presentes na efetivação do modelo preconizado pelo Sistema. Nesse processo foi fundamental o protagonismo da sociedade civil em favor da cidadania e da justiça social.

A nova Constituição traz consigo, a institucionalização de mecanismos de participação e de representação, onde esses órgãos deixam de serem apenas

¹⁸ Esses movimentos denominados de movimentos clássicos no qual podemos destacar o movimento operário tiveram papel crucial nas lutas e conquistas da sociedade brasileira na década de 1980 construindo uma identidade acerca dos movimentos sociais.

espaços de consulta, e passam a serem também de caráter normativo, definidores de parâmetros e deliberadores de política.

Gohn (2001) aponta que os processos de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas conduzem ao entendimento da democratização da sociedade brasileira. Resgatar a participação leva a luta da sociedade por acesso ao direito e a cidadania. Para Mendes (1996) a cidadania não é dada, como também nunca está acabada, constituindo um processo em permanente construção no cotidiano social.

A atuação da sociedade civil no campo democrático (movimentos sociais, organizações, espaços públicos de decisões) deve ocorrer preferencialmente por meio dos mecanismos de democracia direta e representativa, inclusive na elaboração, deliberação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas. É também um processo de aprendizagem, na medida em que qualifica a intervenção dos cidadãos e cidadãs para a atuação nesses espaços.

Nesse sentido, a participação social foi concebida na perspectiva de controle social no sentido dos setores organizados da sociedade participarem da formulação e execução de planos, programas e projetos no que corresponde às políticas sociais, atendendo o interesse da coletividade. Essa participação é possível através das instâncias colegiadas, que são os Conselhos e Conferências no âmbito das políticas públicas.

A institucionalização da participação se deu como resultado do processo de restabelecimento da articulação entre as demandas sociais e as ações do Estado, com uma lógica inversa da concepção de controle social do período ditatorial em que o Estado mantinha o controle exclusivo sobre a sociedade com seus mecanismos de repressão (CORREIA, 2001, p.133).

Outro autor que tratar da participação inscrita no campo da saúde é Carvalho (2007). Ele sinaliza que se deve enfatizar o termo-mãe “Participação da comunidade”, como consta na CF/1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS – composta pelas leis, 8.080/90 e 8.142/90), pois esse termo tem conteúdo mais amplo que o do simples controle social, o qual trata apenas de uma das funções da participação. Para esse autor o ser humano cidadão e político tem uma tríplice função na sociedade, participando nela através da ação; proposição; e controle, assim delimitadas:

- Ação - o papel de cada um na sociedade representa o desempenho de nossas funções. A sociedade vive na interdependência permanente da ação individual de cada um;
- Proposição- soma-se à ação pessoal o caráter propositivo de sua intervenção na sociedade e nos governos. Participar com ideias, avaliação de ideias e assunção de ideias, bem como buscar saídas individuais e coletivas;
- Controle- o controle social é a essência da participação do cidadão. Entretanto, este termo nem mesmo existe na legislação geral do SUS. O que se fala é em participação da comunidade e em participação popular. (CARVALHO, 2007, p. 48)

Conforme as afirmações de Carvalho (2007, p. 48) deve-se levar em consideração esses três pontos que envolvem a participação social, substituindo o “[...] nosso enfoque errado e distorcido de falarmos exclusivamente no controle social. É muito mais que controle; é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos”.

Para Campos (1997) a participação representa a possibilidade de construção de uma cultura política no Brasil, capaz de conferir visibilidade aos grupos sociais tradicionalmente excluídos do exercício decisório e do usufruto satisfatório dos bens socialmente produzidos.

A participação deve ser compreendida historicamente sob a ótica da totalidade, política, econômica e socialmente, levando em consideração a correlação de forças que atua na sociedade. Sendo assim, a participação pode por um lado, ser uma ação restrita da sociedade no controle das práticas e ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde; ou por outro, pode ser considerada como uma intervenção social mais ampla na perspectiva de construção de uma interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços de Estado, na perspectiva de construir ou consolidar direitos.

Dessa forma, é necessária a valorização da participação e dos campos de atuação da comunidade para que novos espaços sejam conquistados. Fortalecer a participação dos movimentos populares, no campo das políticas sociais, e em todas as suas formas, favorece o controle social, o exercício da cidadania e à denúncia de limites da democracia formal. Ela é um mecanismo expressivo de reivindicação de direitos sendo um caminho a ser construído. Criando condições para a emergência de sujeitos ativos com a capacidade de gerar alterações nas estruturas burocráticas de governo, a participação favorece a inclusão da população na própria concepção, fiscalização e gestão dos

programas e políticas sociais. Permeados por tal discussão, parte-se para o próximo Capítulo no qual se discute a relação entre o Controle Social e as Políticas Sociais, especificamente, a Política de Saúde.

2 POLÍTICA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE SOCIAL

Considerando que este trabalho enseja analisar o Controle Social na Política de Saúde cumpre situar o debate sobre as Políticas Sociais e suas tendências no contexto da acumulação capitalista, também apresentando algumas ponderações sobre a relação dessas políticas com o Estado e apontando algumas tendências concernentes a essas discussões no cenário brasileiro.

Tal discussão é de extrema relevância para se compreender o debate que permeia as Políticas Sociais e suas instâncias democráticas de participação, pois, essas estão intrinsecamente relacionadas com o modo de produção capitalista.

Para construir a estrutura expositiva deste Capítulo, assim como o primeiro, partiu-se das análises de autores clássicos e contemporâneos que estudaram e contribuem com a discussão sobre Controle Social no contexto das Políticas Sociais, sobretudo, na Política de Saúde.

2.1 Política Social frente ao desenvolvimento do capital

O cenário atual do capitalismo contemporâneo marcado por profundas transformações nas esferas sociais, econômicas e políticas vem capitaneando sérios rebatimentos nas Políticas Sociais impactando diretamente nos direitos sociais.

As Políticas Sociais se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e da

intervenção estatal e teve como marco o reconhecimento da questão social¹⁹ inerente ao modo de produção capitalista e a constituição da sociedade burguesa. Nesse entendimento, as Políticas Sociais são desdobramentos e respostas, na maioria das vezes de forma setorializadas e fragmentadas, às multifacetadas expressões da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Cumpra assinalar que as sociedades pré-capitalistas adotaram algumas responsabilidades sociais de caráter assistencialista e caritativo associados à punição e ao trabalho forçado.

Em meados do século XIX até início do século XX os princípios liberais regiam a sociedade e o mercado. Os princípios do liberalismo surgem no sentido de romper com as amarras da aristocracia feudal e o clero, onde o papel do Estado – pautado nos princípios da burguesia em ascensão - era fornecer as bases legais para que o mercado pudesse funcionar livre. O Estado era mínimo, principalmente para o social, não interferindo na economia. O liberalismo defendia o individualismo, sendo o mercado o grande regulador das relações sociais, onde as respostas dadas a questão social não atingiam o cerne desta sendo um contexto de negação das políticas e direitos sociais.

De acordo com estudos de Behring e Boschetti (2008), em síntese, os princípios do liberalismo consistiam nos seguintes elementos: predomínio do individualismo; o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; predomínio da liberdade de competitividade; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade; manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; e a política social deve ser um paliativo.

O início do século XX é marcado pelo enfraquecimento de alguns ideais liberais, sendo este o resultado de alguns processos econômicos e políticos nos quais vale destacar: o crescimento econômico do movimento operário, que passou a ocupar espaços políticos e sociais; e a monopolização do capital.

¹⁹ Entendo aqui por questão social “[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento enquanto classe por parte do empresariado e do Estado” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005; p. 77).

Nesse contexto o Modo de Produção Capitalista (MPC) vivencia o germinar de uma crise. Conforme Netto e Braz (2009) as crises²⁰ são inerentes ao capitalismo marcadas por ciclos de recessão e expansão devido ao enorme contingente das forças produtivas, gerando um exercito industrial de reserva que ora são absorvidos, ora expulsos da esfera da produção, e a conquista de novos mercados.

Tal discussão é de extrema relevância para se compreender o debate que permeia as políticas sociais, pois estas estão intrinsecamente relacionadas com o modo de produção capitalista.

As Políticas Sociais devem ser analisadas sob a ótica da totalidade enquanto fruto da estreita e antagônica relação capital e trabalho que ao mesmo tempo em que são conquistas das lutas da classe trabalhadora são também respostas fragmentadas aos desdobramentos e expressões do capitalismo. Para Paniago (2012) essas respostas à classe trabalhadora se ampliam ao mesmo tempo em que se amplia o domínio e o controle nas relações sociais de produção.

Os benefícios materiais da expansão do capitalismo e seu efeito imediato sobre o padrão de vida dos trabalhadores constituíam um forte argumento contra aqueles que alertavam sobre a sua incerta duração e a lógica imanente ao próprio sistema do capital, cuja acumulação da riqueza tem como pressuposto a crescente exploração do trabalho e a apropriação privada de cada vez maior parcela da riqueza social. (PANIAGO, 2012, p.123).

As primeiras medidas de proteção social foram criadas na Alemanha e Inglaterra no fim do século XIX. Será no período pós 1945 que se dará a generalização dessas medidas de proteção social na Europa Ocidental com a experiência do *Welfare State*. O surgimento das Políticas Sociais deu-se de maneira gradual e diferenciada entre os países, dependendo dos movimentos

²⁰ Um importante divisor de águas do sistema capitalista foi a crise de 1929-1932, ou a Grande Depressão, quando o mercado ficou a mercê dos movimentos naturais. Tal crise alastrou-se pelo mundo - em paralelo com a Revolução Socialista de 1917- ocasionando desemprego em massa, pondo em xeque a legitimação do capital havendo a necessidade do Estado intervir.

de organização da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimentos das forças produtivas e da correlação e composição de forças no âmbito do Estado.

Elas desenvolveram-se ao longo da evolução do modo de produção capitalista²¹ e estão relacionadas com o agudizamento da questão social.

A emergência da questão social dá-se com o surgimento da grande indústria e da sociedade urbano-industrial compondo assim um ambiente no qual os trabalhadores se organizaram e politizaram suas necessidades e carecimentos, transformando-os numa questão pública e coletiva [...] por meio de suas lutas sociais algumas necessidades foram reconhecidas socialmente pelo Estado, dando origem ao que modernamente chamamos de políticas de proteção social. (MOTA, 2008, p.27).

Na conjuntura do pós-Segunda Guerra Mundial, as mudanças geradas pelo processo de acumulação com o questionamento dos princípios liberais pela burguesia e a ascensão do movimento operário propôs uma nova relação do Estado com o sistema econômico, sendo este os primeiros passos do Estado intervencionista. Para Vianna (2000) o fortalecimento dos partidos políticos socialdemocratas, a difusão do fordismo como modelo de organização industrial e a imensa aceitação das propostas keynesianas foram elementos essenciais para a construção do conceito de Seguridade Social.

Análises realizadas por Behring e Boschetti (2008) indicam que o keynesianismo aliou-se ao fordismo e constituíram os pilares do processo de acumulação acelerada do capital no pós-45. O fordismo combinava produção em massa e consumo em massa mantendo a lógica de produção e reprodução das mercadorias. Nesse sentido também houve a introdução de princípios tayloristas que preconizavam o aumento brutal da produtividade a partir da decomposição do processo de trabalho.

²¹ No sentido de melhor compreendermos a evolução destas destacamos a periodização do modo de produção capitalista sinalizada por Mandel (1982), que é dividida em três fases, à saber: *capitalismo concorrencial* – estágio inicial do capital à partir de 1848 com a revolução à vapor; *imperialismo clássico* – vai do final do século XIX até 1930 e se distingue pelo processo de monopolização do capital; e o *capitalismo tardio ou maduro* – marcado pela intensificação do processo de monopolização do capital com a constituição do capital financeiro (fusão entre o capital bancário e o industrial). Esse período vai do pós 2º guerra mundial até os dias atuais, também se constitui neste contexto a terceira revolução industrial- onde a mecânica é substituída pela automação e robótica- e o forte investimento estatal no sentido de conter a “insegurança” que este estágio do capitalismo instaura na classe trabalhadora.

A intervenção estatal por meio do keynesianismo era fundada na intervenção do Estado no sentido de amortecer a crise através da planificação econômica e intervenção na relação capital/trabalho pautada nos pilares do pleno emprego e investimentos em políticas sociais que vai consolidar o denominado *Welfare State* ou Estado de bem-estar social.

O *Welfare State* modelo adotado na Inglaterra²² permitiu o estabelecimento de alianças entre classes sendo aprovadas diversas legislações sociais que compuseram o Estado de bem-estar social. Nesse sentido, o Estado passava a enfrentar a questão social diretamente através de Políticas Sociais, porém não colocando em risco o modo de produção vigente. Conforme Mota (2008, p.27),

[...] a ampliação dessas respostas à classe trabalhadora pelo Estado originou o chamado *Estado de Bem-Estar Social (Welfare State)* que se expandiu à partir da 2ª guerra mundial, configurando-se enquanto vitória do movimento operário. Mas, devemos considerar que apesar dessas políticas de proteção social serem conquistas da classe operária, elas foram funcionais ao capital.

Esse modelo de proteção social direcionado pela socialdemocracia foi resposta à crise estrutural que assolou o capitalismo no início do século XX, sendo esta a primeira do MPC. Tal crise cotejou o estágio concorrencial do capital e consigo os ideais preconizados pelo liberalismo.

Boshetti (2010) ao fazer referência a esse contexto sinaliza três pilares estratégicos para a superação da crise. O primeiro e o segundo, sucessivamente, seria o fordismo associado ao padrão de regulação econômico e social Keynesiano, assinalados anteriormente. O terceiro pilar consiste na

²² Cumpre destacar que houve distintos modelos de Proteção Social. Faleiros (2000) apresenta três modelos de políticas de proteção social: o modelo bismackiano- modelo do seguro social obrigatório com o pré- pagamento das contribuições característico da Alemanha a partir de 1883 e promulgado pelo chanceler Bismarck; modelo beveridgiano – característico da Inglaterra no pós segunda guerra, era pautado nos ideais de Beveridge(1879-1963) e de Keynes sendo uma resposta a crise do capital apoiado no ideal do pleno emprego; e o modelo socialdemocrata – característico da Suécia nos anos de 1930 visava uma seguridade social ampla que abrangesse todos os grupos e financiada pelas contribuições através do impostos gerando assim um fundo publico destinado a todos os cidadãos. Ver também (VIANNA, 2000).

ampliação dos direitos pautados na teoria marshalliana, onde tais direitos estavam articulados com a cidadania. Cidadania para Marshall (1967, p.76).

[...] é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades nas quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam uma imagem de uma cidadania ideal em relação à qual o sucesso pode ser medido e em relação à qual a aspiração pode ser dirigida.

Para o autor o status de cidadania estava circunscrito para aqueles que faziam parte de uma dada comunidade e tal status remetia-se aos direitos de cidadania. Marshall (1967) analisando a conquista de direitos na sociedade inglesa, classifica-os cronologicamente em três, atribuindo a cada, um período de formação correspondente, a saber: *direitos civis* (século XVIII – composto dos direitos necessários a liberdade individual); *direitos políticos* (século XIX – constitui o direito de participar do exercício do poder político); e os *direitos sociais* (século XX) . Esse último corresponde o direito que garanta um mínimo de “[...] bem estar econômico e segurança de direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões na sociedade” (MARSHALL, 1967, p. 63-64).

O debate da teoria marshalliana no que tange ao desenvolvimento histórico da cidadania impactou diretamente sobre a desigualdade social com o desenvolvimento dos direitos, não no sentido de eliminá-la, mas causando até certo grau de desigualdade entre os cidadãos. Pois, tais direitos deveriam ser ampliados de modo que não impelisses o padrão de acumulação do capital, ou seja, direitos de cidadania que garantissem a produção e reprodução do capitalismo.

Para Marshall (1967, p. 62) era adequado um raio amplo de desigualdade econômica entre os cidadãos, nesse sentido, o autor sinalizava que “[...] desigualdade do sistema de classes sociais pode ser aceitável desde que a igualdade de cidadania seja reconhecida”.

Salienta-se que a ampliação dos direitos *welferianos* foram respostas a crise estrutural que vivenciava o modo de produção vigente desde 1929, mas

não se pode apenas compreender esses direitos enquanto concessão da classe burguesa.

Foram as lutas da classe trabalhadora que impulsionaram a expansão, após 1940, de um padrão de universalidade de políticas sociais nos países do capitalismo central. O que estamos reiterando é a compreensão de que a universalidade das políticas sociais e a ampliação dos direitos se deram no confronto de forças sociais em disputa entre uma determinada perspectiva social – democrática de gestão de crise [...] e uma perspectiva de luta coletiva organizada da classe trabalhadora para a ampliação dos direitos e melhoria nas condições de vida e trabalho (BOSHETTI, 2010, p. 68).

Nessa discussão, assinala-se a importante tipologia clássica no que consiste a classificação de *Welfare State* elaborada por Titmuss (1958) e aprofundada mais tarde por Esping-Andersen (1987) - mediante uma visão mais extensiva a depender do grau de democratização do capitalismo - sinalizada por Vianna (2000, p.24).

Tal classificação apoia-se em três modalidades diferentes de *Welfare State*: *o liberal ou residual*- adotando políticas seletivas e focalizadas aos comprovadamente pobres; *o conservador ou meritocrático* - políticas sociais medianas e conservadoras onde cada um deve prover suas necessidades sociais por mérito próprio, onde tais políticas têm a iniciativa privada enquanto parceiras; e a *socialdemocrata ou redistributiva* - onde o Estado garante os direitos sociais por meio de políticas sociais direcionadas a todos os cidadãos.

Esses modelos de proteção social não se deram de forma linear na esfera global. Para Motta (2008, p.28) enquanto alguns países viviam o pleno emprego através da expansão do sistema de proteção social, “[...] a periferia do mundo assistia-se à defesa da modernização e do desenvolvimentismo como meio de integração menos onerosa [...] à ordem econômica mundial”.

No final da década de 1960 o *Welfare State* deu seus primeiros sinais de esgotamento, sendo marcada por outra grande crise estrutural na década de 1970. Tal modelo de regulação social foi responsabilizado pela crise do capital sendo adotadas medidas para conter a crise que impactou diretamente nas políticas sociais havendo uma retomada dos princípios liberais. Assim, a saída para tal crise é designada pela reestruturação produtiva do capitalismo, havendo

uma mudança do paradigma fordista/taylorista²³ para o flexível ou toyotista. O modelo toyotista, gestado na indústria automobilística japonesa, é marcado pela flexibilização do aparato produtivo como do trabalhador, exigindo deste uma multifuncionalidade com um único intuito de propiciar ganhos ao capital.

Esse novo cenário conduzido pelo movimento de acumulação do capital traz consigo profundas transformações que marcam a sociedade até os dias atuais, onde o processo de globalização, caracterizado pelo reordenamento do capital conduz a transformações nos aspectos: econômicos, culturais, políticos e sociais, com repercussão nas inter-relações locais e globais no mundo do trabalho.

O modelo de acumulação flexível alicerçado na lógica neoliberal, na financeirização do capital – entendido enquanto a fusão do capital bancário com o capital industrial – e na reestruturação produtiva traz consigo características que podem ser perceptíveis na flexibilização no mundo trabalho, precarização da força de trabalho, minimização dos direitos sociais, privatização do patrimônio público, competitividade internacional, dentre outros aspectos. Ao tratar da reestruturação produtiva Netto e Braz (2009, p.216) salientam que é fundamental para esta,

[...] uma intensiva incorporação à produção de tecnologias resultantes de avanços técnico-científicos, determinando um desenvolvimento das forças produtivas que reduz enormemente a demanda de trabalho vivo. Muito especialmente, a introdução da micro eletrônica e dos recursos informáticos e robóticos nos circuitos produtivos vem alterando os processos de trabalho e afetando fortemente o contingente de trabalhadores ligados a produção[...] alguns pesquisadores chegam ao ponto de mencionar uma terceira revolução industrial.

Dessa forma, as mudanças ocorridas com a crise do capital determinam novas configurações às Políticas Sociais, tornando-as mais seletivas, focalizadas e privatizantes. Para Mota (2010) a arquitetura da Seguridade Social originária no século XX, particularmente com a emergência do *Welfare State*, conforma-se enquanto vitória do movimento operário que tem seus pilares derruídos a partir do final de 1970.

²³ Netto e Braz (2009, p.206) esses modelos de produção contribuíram para o associativismo dos trabalhadores devido a concentração de grandes contingentes de trabalhadores na esfera produtiva das fábricas.

Esse contexto de complexificação do processo de acumulação capitalista infere sobre o sentido de legitimação do padrão de acumulação. Tal padrão de acumulação traz consigo mudanças que são “[...] requisitadas por meio de uma profunda reforma do Estado envolvendo significativas alterações do seu papel” (GOMES, 2011, p.100).

Análise feita por Salvador acerca do papel do Estado nesse contexto de crise do capital chama a atenção que o fundo público é de extrema relevância no que tange as Políticas Sociais como também na esfera de reprodução do capital, onde a “[...] formação do capitalismo seria impensável sem a utilização do fundo público” (2010, p.35).

Seguindo as afirmações desse autor, percebe-se que no corolário da crise econômica assinalado pela superprodução, aprofundamento da especulação financeira e abertura de um sistema de crédito cada vez maior, o Estado aparece no sentido de amortizar a crise do capital através do fundo público estatal. “Quando a crise se instala, todo o discurso e a defesa da eficiência do mercado, da privatização, da desregulamentação se “desmancham no ar” chamem o Estado, ou melhor, o fundo público para socializar os prejuízos”. (SALVADOR, 2010, p.51).

O capital estatal é o sustentáculo do capital nos seus momentos de vulnerabilidade. Na análise de Mandel (1982, p.346) com relação ao papel do Estado no capitalismo, o autor sinaliza que o Estado burguês tem a função de proteger institucionalmente e legitimar juridicamente a propriedade privada. O referido autor ainda enfatiza o papel deste Estado no sentido de desmobilização e enfrentamento da classe proletária.

O caráter estrutural e fundamentalmente conservador do aparelho de Estado burguês, que faz dele um instrumento eficaz para a manutenção e defesa das relações de produção capitalistas, se expressa da forma mais clara quando essas relações de produção são diretamente ameaçadas [...] Nessas conjunturas, o livre desenvolvimento de suas lutas políticas – proletariado – pode constituir-se em ameaça direta ao modo de produção capitalista (MANDEL, 1982; p. 348-349).

As classes dominantes impunham nessa conjuntura de crise seu projeto de classe embebido por uma cultura conservadora e defensora de princípios neoliberalizantes para o enfrentamento da crise, que nas palavras de Mota

(2008, p.144) “[...] se espraia como possibilidade de tratamento teórico e, especialmente, de proposições de seu enfrentamento dentro da ordem, dando corpo e substância à hegemonia burguesa”.

As medidas de contenção da crise provocaram fortes restrições aos direitos conquistados através das Políticas Sociais, sendo estas direcionadas pelos princípios da focalização e seletividade em contraposição à universalidade. Para Boschetti (2010) a crise desponta nos países latino-americanos, e particularmente no caso brasileiro quando esse país vivencia um processo de conquista e ampliação de direitos, circunscritos na Constituição Federal de 1988, após ter saído de um período ditatorial com uma realidade de exclusão, repressão política e autoritarismo.

Esse contexto de crise e complexificação do processo de acumulação capitalista exigem uma reorganização do papel do Estado que impacta e redefine o papel das Políticas Sociais. Assim os países periféricos, especialmente os da América Latina, estão sujeitos aos ditames dos organismos internacionais que prezam pelo reordenamento do capital como o banco mundial, o BIRD e o FMI.

Nesse sentido, levantam-se algumas considerações acerca dos impactos nas Políticas Sociais na conjuntura de agudizamento das contradições impostas pelo capital vinculando com o movimento mais geral da sociedade brasileira a partir da década de 1980.

2.1.1 As tendências das Políticas Sociais no Brasil: da conquista do texto constitucional à realidade de desmonte

Para melhor se compreender os rebatimentos que vêm sofrendo atualmente as Políticas Sociais no cenário local é importante assinalar que às mudanças ocorridas na sociedade brasileira na década de 1980, quando se intensificaram as propostas de redemocratização da sociedade levou ao exaurimento de um período repressor e em consequência das lutas sociais, que marcaram esse período, tem-se a aprovação da Constituição Federal em 1988.

Como se sabe, o Brasil não vivenciou a experiência do Estado de Bem – Estar Social, somente com a aprovação da Lei Magna é que a sociedade brasileira tem em tese as suas necessidades de proteção social, reconhecidas legalmente pelo Estado através de um sistema de proteção social, composto pelo tripé da Seguridade Social (Saúde- Previdência Social – Assistência Social).

Contudo, é a partir da década de 1990 quando a Seguridade Social ainda está sendo firmada – mediante a aprovação de Leis Orgânicas posteriores - as Políticas Sociais passam a sofrer rebatimentos pela ofensiva neoliberal.

Essa disjunção entre as tendências internacionais e a particularidade local apontava, ainda que “*tardiamente*”, para a expansão e consolidação de um sistema de seguridade social [...] Essa expectativa, entretanto, a partir dos anos 1990, começa a ser ameaçada por uma agenda de prescrições neoliberais e de reformas voltadas para a descaracterização dos recém-instituídos direitos sociais (MOTA, 2008, p.138).

Verifica-se nessa década a afirmação de uma agenda das reformas de cunho neoliberal, defendidas pelas agências internacionais. A principal diretriz desse processo é a reforma do Estado, que tem como características a mercantilização da Saúde, privatização da Previdência Social, e a ampliação do assistencialismo, atingindo também outras Políticas Sociais como é o caso da Educação.

Essa tendência de destruição dos direitos sociais ora conquistados é marcada pela: regressão de políticas de caráter universal em prol de políticas compensatórias, focalizadas e seletivas no combate a pobreza; privatização e mercantilização de alguns serviços públicos direcionadas para os cidadãos inseridos no mercado de trabalho e podem pagar; e a assistência social aos considerados demasiadamente pobres.

Nesse cenário acrescenta-se ainda a emersão de novas categorias causadas pela desregulamentação e desreponsabilização do Estado como o voluntariado, solidariedade e o empresariado, como também uma ofensiva brutal às legislações trabalhistas ainda tímidas e, conquistadas à duras penas no país. Aponta-se também um aumento no exercito industrial de reserva, que ora são atraídos ora expurgados do mercado de trabalho, provocando um chamamento ao empreendedorismo, onde esses trabalhadores serão os consumidores das

Políticas Sociais mercadorizadas, como é o caso da Saúde e Previdência. Para os demais que não conseguem nem serem absorvidos pelo exército industrial de reserva compondo assim o rol do *lupem proletariado*, ficam as políticas de Assistência Social de combate à pobreza.

Gomes (2011) assinala nesse cenário de decomposição e ofensiva à classe trabalhadora as mudanças que emergem no mundo do trabalho aliadas a estratégias que têm o intuito de recompor o padrão de acumulação do capital, assim, essas transformações vêm cravadas de:

[...] novas formas de organização da produção, numa reedição de processos de trabalho típicos do capitalismo concorrencial, como é o caso do trabalho em domicílio, cooperativado, entre outros, ocasionando diminuição dos postos de trabalho, aumento do controle da força de trabalho, precarização nas relações contratuais e desemprego estrutural (GOMES, 2011, p.98).

Na conjuntura brasileira, essas mudanças estão orientadas no sentido de tirar de foco o direito do trabalho legalmente garantido em detrimento de políticas assistenciais que assegurem uma renda mínima para suprir o consumo básico.

Mota (2008) contribui para essa discussão através de sua análise, produzida com o propósito de abordar a temática da Seguridade Social, sinalizando suas tendências partindo dos anos de 1980, sendo perceptível a partir dos anos de 1990 uma “centralidade” na política de Assistência Social. A autora parte da afirmação que as políticas que integram a Seguridade Social estão caminhando no sentido diverso de ser um conjunto de políticas articuladas de escopo universalista. Assim “[...] enquanto avançam a mercantilização e privatização das políticas de Saúde e Previdência [...] a Assistência Social se amplia” (MOTA, 2008, p.134).

O posicionamento dado pelo governo brasileiro à política de Assistência Social a partir dos anos 2000, com grande destaque dentre as outras políticas que compõe a Seguridade Social, tornando-a a principal medida no enfrentamento à pobreza, propiciou ao governo brasileiro uma forte legitimidade frente à população assistida por essas políticas.

Nesses termos, Mota (2008) chama atenção para o fato que esse redesenho da Seguridade Social, direcionado aos segmentos mais pobres da população, enfatiza e fortalece os programas de transferência de renda como o

Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bolsa Família. A autora ainda assinala que essa ampliação da política de Assistência Social traz à tona novas questões que permeiam o “[...] retrocesso no campo dos direitos já consolidados na esfera da saúde e previdência e a relação entre trabalho e Assistência Social em tempos de desemprego e precarização do trabalho” (MOTA, 2008, p.137).

Sitcovsky (2010) também ratifica essa relação de oposição entre trabalho e Assistência Social afirmando que a evolução dos gastos com o Bolsa Família é enormemente superior as políticas de acesso ao trabalho.

Nesse sentido é perceptível que essa reforma da classe dominante em conjunto com o Estado tem um caráter ideológico no sentido de despolitizar a classe trabalhadora. Todo esse quadro avança para um processo de arrefecimento das lutas sociais que segundo Gomes (2011, p.105) é “[...] um processo de passivização das relações entre Estado e sociedade, provocando um novo conformismo que tende a neutralizar com mais rigor as lutas políticas de caráter classista e emancipatório”.

Diante do exposto depara-se com uma grande fragilidade do tocante à luta dos sujeitos políticos para o enfrentamento dessa conjuntura de desmonte de direitos que só será possível através das lutas coletivas. Diante dessa crise conjuntural e estrutural os movimentos de resistência a essa realidade ofensiva ainda são tênues, mas são respostas de esgotamento desse modelo de acumulação e o principiar para uma árdua e longa luta no sentido da emancipação política e humana.

A superação desses obstáculos é possível através da retomada da organização coletiva nos espaços de participação e controle social (conselhos, conferências, fóruns, associações) na perspectiva de democratizar a gestão das Políticas Sociais, não deixando de lado os sindicatos, partidos políticos e os movimentos sociais.

Após tais considerações sobre as Políticas Sociais, passa-se a tratar do Controle Social na Política de Saúde brasileira.

2.2 O Controle Social ao longo da trajetória da Política de Saúde

Ao analisar a Política de Saúde no Brasil atesta-se uma história permeada de lutas sociais e marcada por avanços e retrocessos. Retoma-se essa discussão em face de ser objetivo desta pesquisa debater a questão do Controle Social na Saúde. Carvalho (1995) salienta que as ações de Controle Social do Estado sobre os indivíduos originaram as primeiras manifestações e intervenções estatais no campo da Saúde Pública. O Controle Social em Saúde caracterizava-se pela ação estatal dirigida a grupos ou pessoas em nome da Saúde de todos.

Bravo (2001) analisa a Política de Saúde partindo de três momentos, o assistencialista; o previdencialista; e o universalista. As características desses três momentos relacionam: ao assistencialista que envolve o período que antecede a 1930, onde o Estado não reconhece a questão social enquanto objeto de sua intervenção política; ao previdencialista que se desenvolve no período pós-30, no qual o Estado passa a assumir a questão social enquanto elemento de sua intervenção. A Política De Saúde nesse momento abrange fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho; e ao universalista, fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira legitimada na Constituição de 1988, mas que não foi implementada amplamente, tendo impasse e regressão a partir da década de 1990.

Do final no século XIX até metade dos anos sessenta, predominou no país o modelo hegemônico denominado *sanitarista* – *campanhista*, traduzindo-se numa visão de inspiração militarista, utilizando-se de práticas de combates às endemias de massas, saneamento dos portos e meio ambiente, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (LUZ, 1991). Solidificaram nesse período personalidades como Oswaldo Cruz²⁴ e Emílio Ribas, que além de gozar de conhecimento científico, estavam inseridos nos meios intelectuais.

Nesse momento, o controle social era tido enquanto elemento que limitava a ação individual e coletiva através das ações normativas e controladoras do

²⁴ Em 1904 quando o sanitaria Oswaldo Cruz decreta obrigatória a vacina no combate às endemias (cólera, varíola e febre amarela), afirmando ser uma ação de saúde pública, é instaurada uma revolta popular contra a aplicação da vacina, que ficou conhecida como “*revolta da vacina*”, realizada no Rio de Janeiro (CHALHOUN, 2000).

Estado através de campanhas sanitárias de controle de higienização, epidemias, alimentação etc. Esse controle era exercido por executores da ação sanitária onde caberia ao Estado “controlar” a sociedade em nome da saúde de todos (CARVALHO, 1995).

Conforme Chalhoub (2000), as campanhas de Saúde Pública eram organizadas de tal forma que se assemelhavam a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitaristas.

No início do século XX as práticas de Saúde eram filantrópicas e assistencialistas pautadas, segundo Bettiol (2006), numa tendência focalista e diretamente orientada à benevolência, destinadas ao atendimento dos pobres através do controle das epidemias. Para as pessoas com melhores condições financeiras existia a assistência médica familiar. Nesse período houve um grande crescimento no Brasil da economia agroexportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho com o trabalho assalariado. No entanto, esse foi um momento de crise socioeconômica e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava a economia agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra.

Para Carvalho (1995, p.12), o Controle Social é claramente o do “Estado sobre a sociedade”. “Por suposto incapaz sequer de compreender o alcance técnico das medidas dos interesses dos indivíduos e grupos da sociedade, da saúde cuida o Estado, portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório executivo. A participação não chega [nem] a ser passiva; é como um alvo”.

Com o crescimento industrial e as manifestações operárias, foram colocadas no campo da Saúde Pública questões de higiene do trabalhador. Sendo assim, foram criados institutos públicos para o atendimento da saúde do brasileiro, considerado também o berço da previdência brasileira. As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) instituídas pela Lei Eloy Chaves em 1923, destinavam-se exclusivamente para os estivadores, ferroviários, e marítimos e tinham como base de financiamento a união, os empregadores e os empregados organizados nas empresas. Havia então a necessidade de inserção no mercado

de trabalho para obtenção de tal benefício que, nos termos atuais, entende-se como “cidadania regulada”²⁵. Todavia, o direito às CAPs era desigual, pois elas eram organizadas somente nas empresas que estavam ligadas à exportação e ao comércio, atividades que na época eram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil (LUZ, 1991).

Em 1930 foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais, diferentemente das antigas CAPs, são organizados por categorias profissionais, não mais por empresas. Enquanto as CAPs eram formadas por um colegiado de empregados e empregadores, a direção dos IAPs cabia a um representante do Estado, sendo assessorado por um colegiado sem poder deliberativo, o qual ainda era escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo. Conforme Santos (2000, p. 16),

[...] a criação das CAPs e dos IAPs, foi uma conquista da sociedade organizada através dos sindicatos urbanos, que conseguiram que os empresários formassem este sistema de aposentadoria. Mais de uma década depois o governo impôs sua entrada neste sistema como parceiro. Foi uma intervenção estatal de acordo estabelecido entre empregado e empregador que transformou as Caixas em Institutos. Este fenômeno foi muito importante, porque os Institutos das categorias organizadas da época - industriários, comerciários, bancários, marítimos - tinham um conselho gestor que não era um conselho de participação. Arrecadavam, com participação do empresariado, vultuosos recursos financeiros em folha de pagamento de toda classe trabalhadora. Estes recursos para pensões e aposentadorias dos trabalhadores e suas famílias eram geridos por um conselho gestor tripartite: empregado, empregador e governo. Esse foi um lance espetacular das décadas de 1920 e 1930. Mostra que a sociedade organizada vai conquistando o controle social da sua própria riqueza.

Bettiol (2006) ressalta que foi no Estado Novo, período que compreende de 1937 a 1945, que a Saúde dividiu-se em duas grandes áreas de abrangência: a Saúde Preventiva, destinada a todos, e a Saúde Curativa, à qual só tiveram

²⁵ O conceito de Santos (1987) para se referir às políticas sociais brasileira no século XX, a qual dividia os indivíduos da sociedade em cidadãos e não-cidadãos, de modo que o Estado preocupava-se apenas com os primeiros, identificados por sua posição no mercado formal de trabalho. Assim, a carteira de trabalho constituía uma espécie de ‘passaporte’ ao status de cidadão, como afirma Bettiol (2006).

acesso os contribuintes, ou seja, os inseridos no mercado de trabalho formal. Nesse processo, o Estado foi o maior cliente do setor privado de Saúde.

Conforme Borba (1998) com a crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil, através de políticas de substituição de importações no final da década de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, saindo essa área da responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Exteriores.

Pode-se evidenciar, de acordo com LUZ (1991, p.203), que

[...] desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílio à saúde foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais 'simpatizantes' e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais.

Nesse sentido, as grandes exigências do setor produtivo e consequentemente o aprofundamento do capitalismo, articulado à conjuntura do Pós II Guerra, ocorridas a partir de 1945 influenciam também o cenário brasileiro. Verifica-se também nesse período a ampliação de campos de trabalho no setor Saúde. Para Bravo (2000), além dessas condições mais gerais, um “novo” conceito de Saúde contribuiu para ampliação desse mercado de trabalho. Esse novo conceito de Saúde elaborado em 1948 enfocava os aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor.

Segundo Bravo e Matos (2007) surgem a partir da década de 50 propostas racionalizadoras na Saúde, principalmente nos Estados Unidos, como a medicina preventiva e seus desdobramentos a partir de 1960, com a “medicina comunitária²⁶”. Conforme Nogueira (2002), gradualmente a medicina

²⁶ Silva Junior (1998 apud FRANCO E MERHY, 2007, P.74) sinaliza que esta proposta desenvolveu-se nos Estados Unidos em 1960 e difundiu-se pelo mundo como alternativa aos altos custos dos serviços médicos. Assim desenvolveu-se “uma prática complementar à medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina; essa proposta é mais uma opção de acumulação de capitais, oriundos do Estado pela indústria da saúde”.

comunitária foi se confundindo com a medicina familiar²⁷, sem mudanças no processo do trabalho “médico”, com o mesmo modelo de práticas direcionadas aos pobres. No cenário brasileiro, no desenrolar década de 1950 com os projetos sociais desenvolvimentistas, a atuação na área da Saúde, sobretudo com grupo comunitários tinha uma proposta educativa, mas com caráter higienista e moralizante.

Percebe-se que a Saúde Pública caracterizou-se, nesse período, pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, enquanto que as instituições de Previdência Social tinham no clientelismo, populismo e paternalismo uma fórmula que deixou seus resquícios na estrutura social atual do país. A Política de Saúde ficou restrita às ações campanhistas que, segundo Bravo (2000), eram orientadas pela: ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate as endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde.

O período de 1945 a 1964 caracteriza-se pela crise do regime populista e pela tentativa de implantação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial. As condições de saúde da maioria da população pioravam; surgiram propostas por parte do movimento social, no início dos anos de 1960, reivindicando reformas de base imediatas (entre elas uma reforma sanitária), mas a reação política do setor conservador levou ao golpe militar de 1964 (LUZ,1991).

Após o término da II Guerra Mundial, Getúlio Vargas foi derrubado, sendo assim, promulgada a constituição de 1945 onde o General Dutra assume a presidência, mas em 1950 Vargas foi novamente eleito. Nesse período, constata-se a influência americana na área da Saúde expressa na construção de um modelo no qual os grandes hospitais, portados com modernos equipamentos, concentravam o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de Postos de Saúde, consultórios e

²⁷ Segundo MISOCZKY (1994, *apud* NOGUEIRA, 2002, p. 282) a Medicina Familiar incorpora a imagem do médico de família, moldada na prática liberal; a vertente do preventivismo voltada para as clínicas de família e o uso que a Medicina Comunitária faz das famílias de áreas de favelas e periferias urbanas como meio para compreender a sua realidade médico-social.

ambulatórios, cujos custos são bem menores. Assim, havia uma tendência à edificação de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão.

Segundo Carvalho (1995) nesse período foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), financiado pela fundação Rockefeller, também pautado nos padrões norte-americanos, que organizava grandes campanhas no interior do país voltadas principalmente para as regiões Norte e Nordeste. Tais campanhas permeavam questões que tinham relação com a educação sanitária, saneamento e assistência médica às populações carentes para evitar a disseminação das endemias rurais como a febre amarela, malária, mal de Chagas e esquistossomose. Nesse enfoque, eram combinadas pioneiramente, ações curativas e preventivas.

Comprova-se, portanto, que a história da Política de Saúde no Brasil foi marcada pelo modelo médico assistencial-privatista, pautado no atendimento individual, curativo e centrado no hospital (hospitalocêntrico). Mendes (1996) aponta que, a Saúde era entendida dentro de uma concepção negativa, como ausência de doença, ou seja, trata-se de uma visão restrita de saúde. Tal concepção de saúde era marcada pelo modelo médico assistencial privatista ajustado no paradigma flexneriano²⁸, onde a saúde é entendida como a ausência

²⁸ Conforme Mendes (1996) o Paradigma Flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica, ele se consolida à partir da publicação do Relatório de Flexner em 1910. O autor acima citado sinaliza que as propostas deste relatório consistem em tais elementos:

I- Mecanismo – o corpo humano passa a ser tomado como uma máquina, cujas funções são desenvolvidas de modo particular por cada órgão e cuja harmonia decorre do pleno exercício entre as partes.

II- Ênfase no individualismo - o indivíduo manifesta-se, de um lado, pela instituição do objeto individual de saúde e, de outro, pela alienação dos indivíduos excluindo, de sua vida, os aspectos sociais. Neste sentido, a atenção é tecida a partir da idéia de que a doença parte das práticas individuais e, por outro lado, não considera os fatores da vida social;

III- Biologismo – leva em consideração os aspectos biológicos, excluindo a história social das doenças, levando apenas para o aspecto natural;

IV- Especialização – o provimento de cuidado perde a dimensão holística e segue a lógica do processo de acumulação do capital, através da divisão do trabalho. Ou seja, decorre da necessidade da fragmentação do processo de produção e do produtor, pela via da divisão técnica do trabalho;

de doenças e tem como princípios: o mecanicismo; biologicismo; individualismo; especialização; tecnificação e curativismo.

Para Bravo (2000), apesar dos anos de 1950, 1956, 1963, os gastos na Saúde serem mais favoráveis, melhorando parcialmente as condições sanitárias, não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias que assolavam o país elevando a taxa de mortalidade geral. A estrutura privada para o atendimento hospitalar, com fins lucrativos, apontava para o grande investimento no âmbito das empresas médicas.

Na década de 1964 foi instaurada no país a ditadura militar que caracterizou um período completamente diferente do explicitado anteriormente, pois,

[...] o colapso do populismo associa-se ao acirramento das contradições no interior da coalizão dominante a tal grau que se tornou impossível preservar o controle de interesses divergentes pelo Estado, que crescentemente perdia a sua capacidade de mobilização e manipulação dos trabalhadores. A substituição dos governos populistas por ditaduras militares deu origem a uma nova configuração política, os regimes militares autoritário-burocrático, caracterizados por: exclusão política e econômica dos setores populares, desmobilização e despolitização da sociedade (TEIXEIRA, 1995, p.26)

O período Militar (1964 a 1985) caracterizou-se pelo desenvolvimento econômico acelerado, desordenado, com baixos salários, favorecendo os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Em face da grande repressão, a política assistencial era ampliada, com características burocráticas e modernizada, tendo por finalidade diminuir as tensões sociais, que marcaram esse período, como também aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, legitimando assim o regime ditatorial. A centralização e concentração do poder institucional

V- Tecnificação – configura o agir em saúde como mediação entre o homem e a natureza, de modo que com a expansão da tecnologia médica multinacional dos países centrais, inibiu os países periféricos no que tange a sua capacidade de inovar e desenvolver essa tecnologia;

VI- Curativismo – ênfase nos aspectos fisiopatológicos como caminhos para a cura, ou seja, sob tal característica, busca as causas das enfermidades bem como seu tratamento em torno de explicações pautadas em fatores biológicos.

"[...] aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social²⁹ sem precedentes na história do país" (LUZ, 1991).

Nesse momento da conjuntura brasileira (período autoritário pós-1964) disseminam-se os conselhos tidos como intragovernamentais. Esses espaços estavam inseridos na esfera da gestão dos fundos financeiros, como também, em outros instrumentos gerenciais hipercentralizados e livres dos controles tradicionais. O seu papel era a articulação de interesses do restrito grupo de segmento que tinha o poder de decisão através da representação direta (SANTOS, 2000).

Em 1966 foi criado, através do Decreto Lei nº 72, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando num só órgão as antigas CAPs e IAPs e aumentando a arrecadação previdenciária. A criação desse instituto foi um momento de consolidação do modelo de Saúde que privilegiou a prática médica de caráter assistencialista e previdencialista, de base curativa, individual, e especializada, em detrimento à Saúde Pública. O padrão dessa nova Política de Saúde, orientada para a capitalização, favorecia a mercantilização da medicina e privilegiava a produção privada desses serviços que, conforme Oliveira e Teixeira (*apud* BRAVO, 2000, p.107), assumiram as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais e autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista, especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;

²⁹ Conforme Bravo (2000) a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública como na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, nesse período, um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor. É entendida aqui como medicalização, a ênfase nas práticas clínicas, através de ações centradas na medicina médica curativa, individual, com desvalorização nas ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública.

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

Santos (2000) sinaliza que, em 1968 o governo anuncia linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais particulares para aumentar o número de leitos e atender os trabalhadores inscritos na Previdência Social. Nesse mesmo período o governo aumentou o atendimento para trabalhadores rurais através do FUNRURAL (Fundo dos Trabalhadores Rurais), mas que poucos anos mais tarde seria extinto.

Gerschman (2004) afirma que o regime militar se empenhou em ocultar as contradições entre opressão e liberdade, desigualdade e opulência, descaso público e o papel que cabe a esfera pública, as Políticas Sociais excludentes e Políticas Sociais inclusivas. A autora ainda salienta que em contrapartida, a classe subalterna institui pelas mãos dos movimentos sociais a cidadania, como eixo da reconstituição do tecido social.

O conceito de Controle Social evolui e ganha diferentes significados com o desenrolar da Política de Saúde brasileira e suas diferentes características articuladas com o movimento da sociedade.

Em contextos autocráticos o controle social era exercido pelo Estado sobre a sociedade. Nos períodos populistas, era equivalente à participação da sociedade na complementação do Estado para respaldar as suas ações, numa sintonia entre participação e cooptação (FONSÊCA, 2008, p.4)

Com o surgimento de formas expressivas de organização social, nas décadas de 1970 e 1980, novos atores entraram em cena através de lutas e reivindicações, em busca da democratização das relações entre Estado e sociedade. A centralidade do poder, as dificuldades no acesso de diferentes grupos sociais aos serviços e bens públicos, aliados à grave crise econômica que se instalara, impulsionaram o surgimento desses atores que se empenharam em pressionar o Estado por Políticas Sociais mais igualitárias.

A década de 1970 foi marcada pelo processo de luta pela democratização da sociedade brasileira, sendo também esse um terreno fértil para o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Fortalecido e embebido pelos princípios da reforma

sanitária italiana³⁰, o movimento sanitarista brasileiro avançou na concepção de Saúde e na articulação política fortalecendo a necessidade de se pensar a Saúde em uma perspectiva coletiva. A Reforma Sanitária expressou a luta pela descentralização da Saúde, acentuando o desejo de mudança do modelo assistencial hegemônico³¹.

O Movimento de Reforma Sanitária, no seu início, foi protagonizado por profissionais de Saúde, estudantes, o meio universitário, movimentos sociais e usuários que, entraram em cena, deixando de lado o corporativismo, e defendendo questões mais gerais da situação da saúde no país com intuito de fortalecer o setor público contribuindo para um debate amplo que permeou a sociedade civil. A ideia de participação para a construção do Controle Social nessa conjuntura era diferente dos ideais propostos pela medicina comunitária³², os quais embasaram a década de 1960.

De acordo com Luz (1991), em meados dos anos de 1970, época do milagre brasileiro - período em que se operou grande reorientação na administração do Estado e da Saúde – a imagem da medicina como solução milagrosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, e a ser publicamente desmascarada e denunciada.

Posteriormente em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que ficou com a responsabilidade da assistência médico assistencialista de base curativa, enquanto as ações

³⁰ Ver Berliquer (1988). Esse autor traz análises mais acuradas do Movimento de Reforma Sanitária italiano, como também importantes discussões do movimento de reforma sanitária na conjuntura brasileira.

³¹ As características que conformam esse modelo médico hegemônico ou, como o denominam Franco e Merhy (2007), um modelo médico-centrado ou ainda, procedimento-centrado, são permeadas pela atenção à saúde, centrada exclusivamente na figura do médico, pautando-se basicamente na produção de procedimentos, de maneira que a atenção confunde-se com a produção de consultas e exames, associados à crescente medicamentação da sociedade.

³² Muitos dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde e dos programas especiais voltados para grupos populacionais e específicos, implantados no Brasil nos anos setenta, foram influenciados pelo corpo doutrinário da medicina comunitária, sendo estes: a reformulação do sistema de saúde canadense em 1974, conduzida pelo ministro Lalond, que enfatizava a importância da promoção da saúde; os debates no Canadá e na Grã-Bretanha, que culminaram na 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, “com o lema Saúde para todos no ano 2000” (BETTIOL, 2006; p. 47).

preventivas ficaram a cargo do Ministério da Saúde, representando pelo seu órgão máximo a Superintendência de Campanhas Sanitárias (SUCAM). Conforme Luz (*apud* Borba 1997), é a partir desse momento que a dominância exercida pelo componente assistência médica se acentua sobre o de Saúde Pública através do Instituto Nacional da Previdência Social INPS e depois pelo INAMPS.

Sinaliza-se que essa conjuntura tornou fértil o campo para discussão acerca da Atenção Primária em Saúde (APS)³³ tratada na Declaração de Alma Ata³⁴. É importante salientar que, as proposições do referido evento em Alma-Ata, foi alvo de várias críticas, dentre elas, a manutenção do modelo médico hegemônico, no qual o processo de trabalho funda-se na ideologia flexneriana (FRANCO; MERHY, 2007).

De acordo com o desenrolar da Política de Saúde no Brasil, em 1979, sob a liderança de Sérgio Arouca o Centro Brasileiro de Educação em Saúde (CEBES), publicou na Câmara Federal no 1º Simpósio sobre a política nacional de saúde, um documento intitulado “A questão democrática de Saúde”, que trazia um novo modo de pensar a saúde no país. Labra (2007) enfatiza que esse documento traz as linhas mestras do arcabouço do que viria a ser o SUS. No que corresponde à Participação e o Controle Social, o referido documento apontava que:

³³ A APS, discutida na Conferência de Alma-Ata, enfatizava a necessidade de considerar as particularidades regionais. Nesse sentido, Bettiol (2006) afirmou que, para muitos países latino-americanos, significou a focalização de ações em grupos de risco. No caso brasileiro, significou uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção, acarretado com as mudanças no setor saúde.

³⁴ A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde-Declaração de Alma-Ata, promovida em 1979, recomendava segundo Buss (2000 *apud* BETTIOL, 2006,p.47) a adoção de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle; promoção dos suplementos de alimentação e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças de doenças comuns e acidentes e distribuição de medicamentos básicos. Essa declaração significou: a reafirmação da saúde como direito fundamental; que as desigualdade são inaceitáveis; que os governos tem responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem direito de participar das decisões no campo da saúde.

Por uma saúde autenticamente democrática entende-se: [...] organizar o sistema de forma descentralizada [...] a fim de viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do Sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, e assembleias e instancias próprias do Sistema Único de Saúde. Esta descentralização visa [...], sobretudo, ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde. Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias. Evita-se, também, com isso, uma participação do tipo centralizadora tão cara ao espírito corporativista e tão apta as manipulações cooptativas de um estado fortemente centralizado e autoritário como tem sido tradicionalmente o Estado brasileiro. O órgão [Ministério da Saúde / SUS] deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população através das organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados (LABRA, 2007, p.23)

Conforme o que fora assinalado anteriormente, é na década de 1970 através das proposições do movimento de Reforma Sanitária que se encontram os ideais que permeiam os Conselhos de Saúde na atualidade. Concernente ao Controle Social destaca-se que no decorrer da Política de Saúde brasileira, o projeto de Reforma Sanitária Brasileiro na década de 80 questionava o modelo médico assistencial privatista em detrimento do modelo assistencial de vigilância à saúde³⁵. Esse modelo foi formulado tendo como princípios a Saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes, dentre outras: descentralização, com direção única em cada esfera de

³⁵ MENDES (1996, p.243-244) salienta que a vigilância da saúde seria composta de três estratégias de intervenção, sendo crescente a sua ordem de importância para a transformação do modelo assistencial:

a) A atenção curativa – destinada para a cura ou cuidados das dores e para a reabilitação de sequelas. Tais intervenções estão, fundamentalmente, dirigidas a indivíduos [...]; b) A prevenção das doenças e dos acidentes – organiza-se como modo de olhar e estruturar as intervenções que procuram antecipar-se aos eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar; c) A promoção da saúde – que constata o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde [...] e busca o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. (MENDES, 1996, p. 247).

governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. E no que consiste o enfoque do “[...] Controle Social defendido na proposta de reforma sanitária, é no sentido de a população organizada controlar as decisões e ações do Estado” (TEIXEIRA, 2001, p.239).

Com o surgimento de formas expressivas de organização social, nas décadas de 1970 e 1980, novos atores entraram em cena através de lutas e reivindicações, em busca da democratização das relações entre Estado e sociedade. A centralidade do poder, as dificuldades no acesso de diferentes grupos sociais aos serviços e bens públicos, aliados à grave crise econômica que se instalara, impulsionou o surgimento desses atores que se empenharam em pressionar o Estado por Políticas Sociais mais igualitárias.

A década de 1970 foi marcada pelo processo de luta pela democratização da sociedade brasileira, sendo também esse um terreno fértil para o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. O movimento sanitarista avançou na concepção de Saúde e na articulação política fortalecendo a necessidade de se pensar a Saúde em uma perspectiva coletiva. Para Medeiros (2010) os sujeitos coletivos desse contexto histórico vislumbravam um ideário de democracia articulando à Participação Social, o Controle Social e a fiscalização das políticas públicas.

Marca-se, então, a discussão de Mendes (1996) que envolve o paradigma da produção social da Saúde. Esse autor discute a necessidade de construção de um novo sistema de Saúde no sentido de superar o sistema hegemônico (médico-assistencial-privatista).

Para tanto, esse sistema deve estar fundado em três categorias centrais: a concepção positiva do processo saúde-doença (saúde entendida como produto de relações sociais e não como ausência de doenças, que seria a concepção negativa); o paradigma sanitário (a produção social da saúde, em detrimento do paradigma flexneriano) e a prática sanitária (de *vigilância da saúde*, superando a lógica da atenção médica) (MENDES, 1996).

Conforme Mito e Nogueira (2007) a produção social em Saúde, concebe o processo saúde-doença como definido no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento. A Saúde é entendida no seu sentido mais abrangente, sendo resultado das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego,

lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso aos serviços de Saúde. É assim antes de tudo, resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Considera-se que o início da década de 1980 a população se inquietou frente à conjuntura de recessão, desemprego crescente e crise previdenciária, onde esse setor responsável pelos gastos de Saúde no país sofria uma grande queda na arrecadação. Nesse contexto, a temática do Controle Social ganhou destaque no Brasil com o processo de democratização na década de 1980 e principalmente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a elaboração das leis orgânicas de saúde (8.142/90 e 8.080/90), que institucionalizaram como mecanismos de participação nas políticas públicas os conselhos e as conferências (CORREIA, 2006).

A concepção atual de Controle Social está intimamente relacionada com o conceito de Participação, legitimado pela Constituição. Essa concepção, não é apenas uma luta legal por um direito adquirido; trata-se de uma forma de estimular a sociedade na elaboração das políticas públicas, visto que é através da articulação da sociedade, em contato com os serviços prestados, principalmente com os serviços de Saúde, que pode se perceber a efetividade ou não das políticas (SOUZA, 2004).

Nesses termos, o Controle Social passa a ser entendido também, como fiscalização e controle das ações do Estado pela sociedade através do acompanhamento, da formulação, execução e avaliação das políticas públicas, ou seja, a sociedade controlando as ações do Estado em favor dos interesses das classes trabalhadoras.

É importante enfatizar que do ponto de vista legal as Conferências e Conselhos de Saúde ganharam face institucional para o exercício do Controle Social. Conforme o pensamento de Carvalho (2007), esse é um termo originário da Sociologia e da Psicologia servindo para designar os processos de influência do coletivo sobre o individual, mas que na ideia da Reforma Sanitária foi alterando visando significar o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado, com base no pressuposto de que a sociedade representava o interesse geral e o Estado os interesses particulares, de acordo com o contexto político em que foi formulado, isto é, nas décadas de 1970 e 1980.

A direção dada ao SUS a partir da década de 1990 permeia o conflito entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista, representando uma dicotomia entre universalização e focalização, sucessivamente.

A Constituição promulgada em 1988 foi reflexo de uma ampla mobilização popular, em que se registrou a participação da sociedade civil, culminando com a elaboração das leis complementares e ordinárias que definiram o Brasil que se queria para o futuro. No entanto, hoje se tem ameaçada a perda de muitos direitos sociais, com a política de reforma do Estado, a qual inclusive tentou retirar da Constituição caráter da saúde como um “Dever do Estado”, permanecendo apenas no texto constitucional, “Saúde como direito de todos” (TEIXEIRA, 2001, p. 240).

Nesse sentido, o Controle Social pode ser considerado um agente de vigilância dos direitos, tendo na sociedade civil um agente mobilizador e cobrador. Assim o Controle Social,

[...] implica o acesso aos processos de decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados. (RAICHELIS, 2007, p.81)

Referente ao princípio do Controle Social no SUS, a lei 8.142/90³⁶ regulamenta a Participação e Controle Social na gestão, definindo a criação de conselhos e conferências de Saúde nos três níveis de governo. Os conselhos são tidos como espaços estratégicos de participação coletiva e de estabelecimento de novas relações políticas entre governos e cidadãos, adquirindo um processo de interlocução permanente (RAICHELIS, 2007). Deve-se considerar que a estruturação e funcionamento dos conselhos e conferências expressam diferentes interesses e abrangem diferentes formas de força política, originários tanto do governo, como dos grupos corporativos, das comunidades,

³⁶ Nesta lei encontra-se o detalhamento de como se dará o exercício do controle social na saúde através das duas instâncias formais, que são também espaços de luta: os conselhos e conferências de saúde. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 “*dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências*” (Brasil, 2006).

do mercado e dos sujeitos que o compõe. Nesse sentido apresenta-se a seguir uma breve exposição sobre a constituição dos conselhos e conferências no cenário brasileiro.

2.2.1 O papel dos Conselhos e Conferências de Saúde no Controle e Participação Social

Analisar o papel dos Conselhos e Conferências de Saúde significa imputar essas instâncias como importantes espaços de Controle Social. Para tratar sobre esse tema, faz-se uma breve introdução como esses espaços vêm ganhando relevância no contexto da Política de Saúde no Brasil.

Inicia-se a análise sobre os Conselhos a partir do enfoque conceitual de Carvalho (1995) que tem significativo acúmulo sobre os Conselhos de Saúde. O citado autor aponta que, a existência desses espaços enquanto órgãos colegiados setoriais vinculados ao Executivo, com funções de assessoramento e articulação, não é um fenômeno novo, tampouco, exclusivo da Política de Saúde. Desde o Estado populista era perceptível a participação de setores da sociedade, nos órgão de gestão da Previdência Social, através desses conselhos, que eram tidos como as comissões de gestão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e tinham características mistas, ou seja, formados por sindicalistas, patrões e burocratas.

Esse autor assevera que os Conselhos de Saúde encontram seus antecedentes em 1937, na Lei 378, que consistia em uma nova organização do Ministério da Educação e Saúde, instituindo assim o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que juntamente com o de Educação dariam suporte ao Ministério.

Carvalho (1995) sinaliza que, em 1970 diferentemente da ideia de Participação e Controle Social que permeavam o movimento de Reforma Sanitária, o CNS através do Decreto 67.000/70, tomou um caráter mais expressivo, sendo-lhe atribuído funções e estrutura mais definidas, concernente com o processo de modernização conservadora³⁷ em andamento no país. Esse

³⁷ Na área da Saúde, esse processo apontava para a consolidação do modelo médico assistencial-privatista, cuja lógica iria prevalecer nas duas décadas seguintes (CARVALHO, 1995).

Decreto definiu o CNS enquanto órgão consultivo, com o propósito de examinar as questões e problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da Saúde.

O CNS assegurava em sua composição a presença de atores privilegiados no projeto hegemônico e garantia o controle do governo sobre seu funcionamento. Carvalho (1995, p. 33) salienta que esse espaço tinha sua representatividade controlada, não alcançando senão,

[...] uma elite médica, provavelmente comprometida com o processo de medicalização/privatização então vigente [...] a feição do Conselho Nacional de Saúde é, então, a de um órgão técnico com funções normativas, enquanto sua legitimidade funda-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, direta ou indiretamente, dependem da indicação dos detentores do poder.

Posteriormente, o perfil técnico-normativo desse Conselho foi aprofundado através de Decretos e Portarias. No ano de 1975 foi criada a Lei 6.229 que regulamenta o Sistema Nacional de Saúde, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento e institucionaliza o modelo médico assistencial privatista, que reafirma a ênfase no atendimento individual, curativo e de caráter hospitalocêntrico.

Em 1976, o Decreto 79.056/76 regulamentou a Lei 6.229/75 que consolidou o Sistema Nacional de Saúde, afirmando sua dicotomia de práticas, órgãos e clientelas, consolidando também o CNS como uma espécie de coletivo de Câmaras Técnicas, que propõe soluções para problemas concernentes “[...] à promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Ministro de Estado” (CARVALHO, 1995, p. 40).

Ainda em meados aos anos de 1970, emergem inúmeros movimentos no interior da sociedade que começam a se manifestar, contestar, reivindicar, criticar e denunciar o governo ditatorial. Na efervescência política dessas manifestações da sociedade civil, destaca-se a maneira como a Saúde vinha sendo tratada pelo Estado, em que não eram considerados os aspectos econômicos e sociais que a perpassavam. Nesse contexto, a sociedade era

culpada pela situação de vulnerabilidade em que estava inserida, onde o único e verdadeiro “remédio” seria as ações de Saúde.

Nessa mesma década, as Portarias 360/77 e 204/78 dotam o CNS de estrutura técnica e administrativa necessárias ao seu funcionamento como órgão consultivo com atribuições normativas. São consolidadas as Câmaras Técnicas, como também a Secretaria-Executiva com atribuições e meios para o suporte administrativo das atividades do CNS.

De acordo com Carvalho (1995), a composição do CNS foi alterada, passando a expressar com mais ênfase sua função técnico-normativa e sua baixa representatividade social. As Câmaras Técnicas ganharam peso e seus Presidentes, eram escolhidos pelo próprio presidente do Conselho, e, assim passaram a ter assento na plenária do CNS, seu órgão deliberativo. Os membros institucionais foram ampliados, passando a incluir representantes dos Ministérios da Educação e Cultura, do Interior, da Previdência e Assistência Social, da Agricultura e do Trabalho, sendo que os demais deveriam ser indicados pelo Ministro. À exceção dos representantes de outros Ministérios, todos os conselheiros eram indicados pelo Ministro da Saúde, sendo praticamente cargos de sua confiança.

Nesse sentido, desde a década de 1970 até 1990, Carvalho (1995) revela que a história do Conselho de Saúde no Brasil, com a promulgação do Decreto 99.438/90, foi marcada pela incipiente importância deste na Política de Saúde, com funcionamento quase inerte. O Decreto 99438/90 cria um novo Conselho Nacional de Saúde, já que o antigo praticamente não existia. Assim é que os atuais Conselhos de Saúde pouco têm a ver com o velho CNS, guardando com ele uma linha mais de ruptura do que de continuidade.

Essa conjuntura propicia um terreno fértil para o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que se evidencia no Brasil na segunda metade da década de setenta, o qual faz pensar a Saúde de uma forma coletiva, universal, como direito do cidadão, e não como mera concessão do Estado. Tal movimento questionava o modelo médico assistencial privatista em detrimento do modelo assistencial de vigilância a saúde e representava

[...] por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a

incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar problemas. (AROUCA *apud* PAIM, 1999, p 473)

No limiar da década de 1980, o Estado ditatorial adotou uma postura de enfrentamento da crise da Saúde promovendo audiências com setores da sociedade. Nesse contexto, surgem os primeiros espaços institucionalizados de gestão compartilhada no Setor Saúde, com a criação do Conselho Consultivo do Setor Saúde (CONASP).

Oliveira e Teixeira (*apud* CARVALHO, 1995, p.41) assinalam que o CONASP, criado em 1981 através do Decreto 86.329, recebeu a atribuição de “[...] operar sobre a organização e o aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para esse fim, financiar políticas de financiamento e assistência à saúde”. Nesse sentido, o Plano CONASP elaborado pelo referido Conselho, resultou na implantação do Sistema de Administração Hospitalar e Saúde (SAMPHS). Estabelecido pela Portaria nº 3.046, esse Plano estabelecia teto para os valores pagos por agravo/atendimento dentro de um mesmo procedimento e na formulação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Conforme os autores supracitados, as AISs se constituíram enquanto importante instrumento gerencial de medidas propostas, no que tange à reorientação do modelo assistencial. Foram através delas que se constituíram novos órgãos colegiados de gestão, as Comissões Interinstitucionais (CIMS) que tinham a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, incorporando sucessivamente a presença dos prestadores de serviços, profissionais e usuários, no caminho da descentralização e participação da sociedade.

É importante considerar que essas Comissões tiveram papéis diferenciados no país, desenvolvendo intensas atividades em alguns estados, e em outros sequer chegaram a se reunir (CARVALHO, 1995).

Como são os Conselhos de Saúde, na atual conjuntura brasileira, importantes espaços na evolução do conceito do Controle Social, cumpre destacar que a implantação e funcionamento desses órgãos fazem parte de um amplo processo de movimentação social que vem convergindo para transformar

e reconfigurar democraticamente o espaço público e a relação da sociedade civil com o Estado.

Apesar de considerar a importância das experiências dos Conselhos³⁸ em geral na sociedade brasileira, “[...] nada se assemelha aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão em que estão implantados por todo o país, nas três esferas governamentais” (CARVALHO, 1995, p.35).

Cabe evidenciar o papel das Conferências de Saúde na luta por um sistema de Saúde democrático. Em meados da década de 1980 dá-se o fortalecimento da efervescência política dos movimentos sociais que aguçou na sociedade a vontade de desvencilhar do autoritarismo do Estado ditatorial que controlava a sociedade por anos a fio. apropriado

Na história da Política de Saúde do Brasil, dois marcos foram fundamentais no processo de transformação da Política de Saúde e evidenciaram o caráter de urgência da implantação da Reforma Sanitária, são eles: a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 que abre precedentes para uma análise mais aprofundada sobre a democratização do país que, rebatendo certamente, na democratização da Saúde ; e a instalação da Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, que incluiu os princípios da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988.

A VIII Conferência, cujo tema era “ Saúde direito de todos e dever do Estado” diferentemente das anteriores contou com uma articulação diversa de novos sujeitos sociais, cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais. No Relatório da VIII Conferência consta que a partir desse momento as discussões se orientam por um conceito ampliado de Saúde, quando esta não é mais entendida como ausência de doenças, considerando os determinantes e condicionantes sociais, sendo entendida como direito de todos e dever do Estado.

³⁸ Uma das experiências mais notáveis, no que tange os conselhos, deu-se na área da educação. Estes órgãos foram estabelecidos em 1971 pela Lei de Diretrizes e bases da Educação, nos níveis, estadual e federal. Eles se firmaram enquanto órgãos permanentes e normativos da definição dos rumos político-técnicos, que desempenham papel importante no setor até hoje.

Nota-se, nesse contexto, que em meio às discussões desses novos sujeitos sociais em torno das condições de vida da população brasileira (e não por acaso em sintonia com os debates internacionais), a Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, vinculando-se à democracia (BRAVO, 2006).

A convocação da Assembleia Nacional Constituinte em 1987, por sua vez impulsionou a articulação do movimento organizado de pessoas, grupos, de partidos ou não, movimentos populares e sindicais em torno da construção de um projeto comum de transformação social. Aliado à ampla Frente Parlamentar, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) conseguiu a aprovação no texto constitucional que preconiza ser a Saúde um direito de todos e dever do Estado, prevendo a participação da sociedade civil na elaboração, controle e execução da Política de Saúde, bem como a descentralização dos serviços.

Nessa conjuntura, o cenário político era de uma intensa correlação de forças entre a população que buscava legitimar direitos sociais favoráveis e a classe dominante e seus representantes na esfera governamental que buscavam validar seus interesses econômicos, garantindo também o espaço do privado na sociedade.

Assim, ocorreu a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde, (SUDS) que tinha como diretrizes: universalização e equidade no acesso; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração dos serviços de Saúde; descentralização das ações; implementação dos distritos sanitários; instituições colegiadas gestoras de desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Eram essas as orientações que pautaram a criação do SUDS, que posteriormente viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o SUS

[...] deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. (BRASIL, Ministério da Saúde 2000, p. 05).

Ressalva-se a importância da constituição de espaços públicos para o processo de democratização da sociedade. Nessa direção, sobressaem os

mecanismos inscritos no campo da participação social que são os Conselhos e Conferências. Tornam-se pauta de debates nos diversos espaços sociais e políticos a ampliação da cidadania, a valorização dos espaços locais, a criação e implementação de novas esferas institucionais de decisão e as gestões públicas através de momentos participativos (KRUGER, 1998, p.29).

O processo de democratização da sociedade brasileira e as conquistas obtidas no campo dos direitos, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, traz consigo os pressupostos legais de um sistema de saúde de caráter universal. A conquista do SUS conduziu para outra vitória concernente ao controle social através do reconhecimento de espaços privilegiado de interesses contraditórios de efetiva participação da sociedade, a implantação e o funcionamento das conferências e conselhos de saúde, instituídos nas três esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal. Segundo a legislação em vigor, as decisões emanadas desses órgãos devem tratar da formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de saúde, com pleno acesso aos aspectos econômico-financeiros voltados para o setor, propondo critérios para a programação, a execução, o acompanhamento, a avaliação e, também, a elaboração e a aprovação do plano de saúde, bem como o estabelecimento de estratégias para a sua execução.

Medeiros (2010) enfatiza que o ideário “abraçado pelos movimentos sanitários”, teve importante contribuição para materialização da Constituição Federal de 1988 no que tange uma ampliação no conceito de Saúde, tida como direito de cidadania a ser assegurado pelo Estado, sob o controle dos cidadãos.

Para Bravo e Matos (2007), o MRS propõe uma relação diferenciada do Estado com a sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde. Esses mecanismos constituem inovação fundamental na gestão da Política de Saúde.

Em razão desses arranjos institucionais, a Política de Saúde passou a merecer destaque. Deve-se reconhecer a contribuição do Movimento de Reforma Sanitária para a construção de um novo modelo de atenção à Saúde, pautado nos princípios democratizantes e de cidadania, até a regulamentação do SUS em 1990, com a promulgação da Lei 8.142/90 que derivou na criação

dos Conselhos de Saúde nas três esferas municipais, que juntamente com a Lei 8.080/90 conforma a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Atualmente, no Brasil, há aproximadamente 5.628 Conselhos de Saúde entre os municipais, estaduais e do Distrito Federal, vinculados ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde (CONASS, 2014, p.1) e mais de 150 mil pessoas envolvidas, mas Carvalho (2007) opina não se iludir que todos funcionem bem.

A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de Saúde, prestados por órgãos e instituições públicas nos três níveis de governo sob a administração direta e indireta tendo a iniciativa privada um caráter complementar. Essa Lei trata da organização, da direção e da gestão do SUS; das competências e atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à Saúde; da política de recursos humanos; dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento. Nessa direção, a supracitada Lei reafirma os princípios organizativos e doutrinários do SUS.

Para Paim (2009) os princípios são aspectos que se valorizam nas relações sociais. Eles relacionam-se aos valores que orientam o nosso pensamento e as nossas ações. Quanto às diretrizes, estas estão entrelaçadas com o caráter organizacional e técnico norteador das ações que se constituem em princípios organizativos para garantia de um SUS de qualidade.

Nesse sentido elenca-se tais princípios de diretrizes.

Princípios

- UNIVERSALIDADE- Direito à saúde de forma universal garantindo o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. A **universalidade** traz a perspectiva de acesso aos serviços e ações do setor, sem qualquer discriminação quanto a sexo, renda, posição social, ou outras características pessoais ou sociais.
- INTEGRALIDADE- Princípio que busca a concretização de ações pautadas na idéia de saúde enquanto bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, sendo estes apreendidos em sua inserção na vida social. Considerando as múltiplas

dimensões do processo saúde-doença, parte-se da necessidade de ações integrais as quais incluem prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, reconhecendo ao mesmo tempo, a relevância do setor se articular com os demais níveis de complexidade do setor, bem como atuar em parceria com outras políticas públicas.

- **EQUIDADE-** O grau de equidade de um sistema de saúde é também determinado por vários fatores, entre os mais importantes: a forma de distribuição de recursos financeiros. Na esteira dos princípios anteriormente expostos e partindo do conhecimento das mais variadas realidades e condições de vida da população brasileira, entende-se que, para diminuir as disparidades sociais e regionais do país e no limite do setor saúde, as ações e serviços devem tratar de forma desigual os usuários com necessidades distintas, investindo onde a carência é maior, no intuito de promover a justiça social. Tal princípio constitucional preconizado pelo SUS através da “discriminação positiva” prioriza as ações e serviços de saúde àqueles grupos excluídos e com precárias condições de vida (PAIM, 2009).

Diretrizes

- **REGIONALIZAÇÃO-** Tem o objetivo de atender com maior resolutividade aos problemas da população usuária do setor. A organização dos serviços à partir do princípio da regionalização tem o intuito de possibilitar a distribuição racional dos recursos assistenciais no território, promovendo a integração das ações e redes assistenciais capazes de garantir a continuidade do cuidado.
- **HIERAQUIZAÇÃO-** Com base nesta diretriz o sistema passa a se ordenar por níveis de atenção(atenção básica, media e alta complexidade) com vista na racionalização do fluxo de usuários nos serviços de maiores complexidades. Assim, busca-se priorizar as ações da atenção básica, uma vez que esta é a porta de entrada do sistema e onde se concentra maior necessidade de serviços de saúde à população sendo este nível pautado em ações de prevenção e promoção a saúde.
- **DESCENTRALIZAÇÃO-** Tem o intuito de “adequar” o SUS as diversidades regionais levando em consideração as distintas realidades econômicas , sociais, culturais e sanitárias. Essa diretriz esta relacionada com a divisão do poder e às responsabilidades para com os serviços do setor em debate, visando uma maior

qualidade na atenção. A gestão do sistema de saúde atinge o nível municipal, como também a transferência dos recursos financeiros pela União.

- **DESCENTRALIZAÇÃO COM COMANDO ÚNICO EM CADA ESFERA DE GOVERNO**- Para efetivar o princípio organizativo da descentralização, foi incorporado no arcabouço jurídico-legal a ideia de comando único, no qual cada esfera governamental é autônoma na implementação das ações de saúde, desde que se respeitem os princípios constitucionais, bem como a participação da sociedade. Nesse sentido, as decisões do SUS seriam tomadas em cada município, estado e Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, tendo o Ministério da Saúde o papel de coordenar a atuação do sistema no âmbito federal (PAIM, 2009).
- **PARTICIPAÇÃO POPULAR**- Orientação no sentido de democratizar os serviços de saúde e as decisões pertinentes ao setor para superação das práticas e serviços autoritários que embebiavam a saúde na ditadura militar. Essa participação caminha no sentido do exercício da democracia nos serviços de saúde cotidianamente criando espaços de participação e controle social para com a política de saúde.

Conforme sinalizado, a Lei 8.142/90 que trata dos Conselhos e Conferências de Saúde ratifica o SUS pautado em uma estratégia de Estado Democrático de Direito enquanto um modelo de gestão participativa, na qual seus gestores são representantes de cada esfera de governo, designados para o desenvolvimento e gerenciamento das funções do Executivo na Saúde nos seus respectivos níveis.

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde tem o caráter permanente e deliberativo atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde, inclusive no que consiste aos aspectos financeiros e econômicos. Esses espaços devem ser compostos, em todos os níveis, por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários de forma paritária. Cabe registrar que representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) têm espaços no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo: no âmbito municipal serão aprovadas

pelo Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual serão negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) formada por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde composto por gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.; e no âmbito federal tais decisões serão negociadas e pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. Ressalta-se a importância do CNS que dentre as suas atribuições está a aprovação dos acordos estabelecidos na CIT.

Além de dispor sobre a participação da comunidade, a Lei 8.142/90 trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automático para os municípios, estados e Distrito Federal. Para o recebimento desses recursos, segundo Paim (2009), os municípios, estados e Distrito Federal devem contar com o Fundo de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão e Comissão de Elaboração do Plano de Cargo Carreira e Salários (PCCS).

Com relação às Conferências de Saúde, entendem-se como espaços institucionalizados, conquistados, assim como os Conselhos, após diversas lutas dos sujeitos envolvidos no MRS. Para Correia (2007) esses espaços podem constituir-se enquanto espaços de Participação e Controle Social dos segmentos populares no que tange à ampliação da democracia e na construção de uma nova hegemonia.

Em conformidade com a Lei nº 8142/90 a “[...] Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis” (BRASIL, 2006, p.29).

De acordo com Santos (2000) a Lei que cria os conselhos é mais que um esforço da sociedade organizada ou um instrumento para pressionar o Estado ou a elite empresarial e reivindicar direitos sociais: são conselhos criados por lei e de sua composição fazem parte as representações da sociedade civil e do Estado, sendo assim um salto de qualidade.

O citado autor levanta algumas características desses conselhos, a saber: o pluralismo³⁹ é um princípio exigido em lei. “Se o equilíbrio desse pluralismo perde a força e por algum motivo um segmento começa a predominar sobre o outro, o conselho se enfraquece” (SANTOS, 2000, p. 20); outra característica corresponde À paridade, em que a metade dos componentes dos conselhos, obrigatoriamente, tem que ser de entidades que representem os usuários do SUS; a fiscalização é outra característica, que diz respeito à prerrogativa legal dos conselhos formularem estratégias para as políticas públicas de Saúde, discutir como gastar melhor os recursos financeiros públicos e administrá-los para garantir melhor benefícios à população, em sinergia ou concorrência com os três níveis de governo.

Santos (2000) sinaliza que o complexo trajeto de transformar o orçamento em resultados para a população significa gestão. Ademais, consideram-se os caracteres deliberativos, representativos e consultivos dos Conselhos, que juntamente com as outras características garantem uma maior capacidade de interlocução entre o Estado e a sociedade civil.

Os conselhos são essenciais para a construção de um espaço público onde os distintos atores sociais negociam a partilha de recursos, de riquezas e as políticas. Se não houver uma representação popular forte nos conselhos esta partilha vai se dar de forma mais tradicional. As elites ficam com tudo e dão um pouquinho para o povo. Por outro lado, se esses espaços forem valorizados como espaços de decisão política, de formulação política, de partilha, de orçamento e os setores organizados da sociedade civil souberem defender uma redistribuição dos recursos geridos por esses conselhos, então nos teremos uma melhoria na qualidade de vida da maioria (BAVA, 1994, p. 68).

Salienta-se ainda que os Conselhos foram concebidos na perspectiva de mecanismos de democratização do poder estabelecendo novas bases na relação Estado/sociedade civil, arraigando nessa relação novos sujeitos políticos. Eles também serem concebidos como uma inovação na gestão das Políticas Sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da

³⁹ O pluralismo é instituindo legalmente nos conselhos onde são compostos por: representantes dos usuários; prestadores de serviços privados ou do governo, e trabalhadores da saúde.

sociedade no fortalecimento da esfera pública e concomitantemente melhorando as condições de vida da população.

Nesse entendimento, Carvalho (1995) considera os Conselhos como espaços tensos, em que os diferentes interesses estão em disputa. Baseados na concepção da Participação Social, esses espaços têm sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado.

Por envolver interesses contrários, detectam-se dificuldades quanto ao funcionamento dos Conselhos de Saúde. De acordo com CARVALHO (2007), essas dificuldades consistem na confusão acerca do papel da participação da comunidade enfocando o controle e perdendo de vista a ação propositiva; descumprimento da legislação existente; representação errada de vários segmentos legais; despreparo técnico dos segmentos do conselho; dentre outras.

Esses impasses exigem para seu enfrentamento práticas democráticas, que mesmo esbarrando em dificuldades relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e na persistência de uma tradição autoritária, ainda presente na realidade nacional, busquem promover ações de articulação, formação e mobilização no intuito de fomentar e fortalecer a participação dos diversos sujeitos na luta em favor da Saúde.

Gonh (2001) ressalta algumas questões relevantes para o fortalecimento dos Conselhos, tais como: a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos na sua composição paritária; a observância da paridade entre governo e sociedade civil; o problema da capacitação dos conselheiros, principalmente os advindos da sociedade civil; o acesso às informações e a publicização das ações dos Conselhos; a fiscalização e controle sobre os atos dos conselheiros; o poder e os mecanismos de aplicabilidade das decisões do Conselho pelo Executivo.

Outros espaços de participação que fortalecem a gestão democrática das políticas públicas e consolidam a participação social são Conselhos Locais de Saúde (CLSs). Tais espaços são, na maioria dos casos, geridos pelos profissionais das Unidades de Saúde em nível local.

Os CLSs não estão regulamentados nem regidos por nenhuma legislação específica, como também não apresentam uma estrutura formal. São entidades

que, embora não estejam instituídas jurídica e legalmente, visam possibilitar a participação da comunidade na elaboração de propostas para a Política de Saúde em sua localidade. Têm como um de seus objetivos, contribuir para a organização da comunidade, buscando articulações de resolutividade de problemas existentes no bairro. Por se encontrar no seio da comunidade, os CLSs têm a capacidade de expressar as necessidades da população, assumindo dimensões de suma importância para a participação popular, agregando as diversas entidades locais e tornando-se um instrumento privilegiado para a efetivação do Controle Social.

Eles são compostos por representantes das instituições existentes na comunidade. Qualquer usuário tem o direito e o acesso de participar de suas reuniões, na perspectiva de contribuir para as mudanças de Saúde do seu bairro, e configurando espaços de articulação entre trabalhadores, moradores do bairro e representantes das entidades do bairro.

Essa dinâmica societária fortalece a ideia de que os espaços de representação social na organização e gestão das Políticas Sociais devem ser alargados para permitir a participação de novos e diversificados sujeitos sociais, principalmente os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político.

Essa perspectiva, de acordo com Raichelis (2000), funda-se numa visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e na implementação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado que dinamizem a participação efetiva para que essa democracia seja cada vez mais representativa da sociedade, especialmente das classes subalternizadas.

A partir do exposto é importante elucidar que os espaços de Participação e de Controle Social das Políticas Sociais vêm sofrendo sérios rebatimentos na atual conjuntura pela política de orientação neoliberal.

Os pressupostos neoliberais impactam na Política de Saúde na desconstrução e no desmonte dos preceitos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira, implicando na concretização do que foi conquistado legalmente através das lutas e reivindicações desse movimento. Nesse caminho torna-se necessário o fortalecimento dos espaços de Participação contidos no arcabouço legal, citados anteriormente, fortalecendo assim as forças democráticas, objeto

de discussão do item seguinte que trata do Controle Social pós-Constituição de 1988.

2.3 Controle Social e a conjuntura pós-Constituição de 1988

A conjuntura pós- Constituição de 1988, enquanto objetivo da discussão neste item conforma-se como um novo momento democrático (SPOSATI, 1995), em que, a princípio, as Leis amparavam a participação da população nas Políticas de Saúde e defensoras de Direitos Sociais.

A Política de Saúde merece destaque devido ao fortalecimento dos Direitos Sociais preconizados na Constituição Federal de 1988 com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) na década de 1990. Em ambas detalham a organização e funcionamento do Setor Saúde no país.

A legislação tem sido operacionalizada por meio de diversas Portarias do Ministério da Saúde, particularmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas (NOBs)⁴⁰ de 1991, 1993 e 1996. Essas NOBs definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS.

Todavia, tem-se um problema, que é fazer com que as Leis deixem de serem apenas instrumentos formais, passando a aplicação das mesmas. Esse momento supõe uma nova instrumentação das lutas democráticas e populares, no sentido de se prepararem para a aplicação das Leis.

O direito à Saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz intrinsecamente na sua essência, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Em

⁴⁰ Essas normas são instrumentos reguladores legais cujo objetivo se pauta na busca pela descentralização do setor (de base municipalista) através de incentivos financeiros com ênfase no fortalecimento da atenção básica. AS NOBs tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo, das relações entre gestores e dos critérios de transferência de recursos nos três níveis. Esses instrumentos consistem em grande avanço no processo de descentralização em saúde no país, caracterizado como político-administrativo, já que envolvendo a transferência de serviços como também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para as demais. Cumpre destacar que tais Normas foram amplamente discutidas entre a Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, mesmo que, em alguns momentos, esses órgãos divergissem no cenário democrático de discussão da política em tela.

outras palavras, o Direito Social de ter garantido a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população para conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. No processo de conquista do SUS enquanto modelo centrado na universalidade, na equidade e na participação popular - apesar das conhecidas distorções presentes na efetivação do modelo preconizado pelo sistema - foi fundamental o protagonismo da sociedade civil em favor da cidadania e da justiça social.

Na análise de Flery (2009, p. 748) referente ao movimento que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira “[...] colocou-se como projeto a construção contrahegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público”.

Para Landerdhal (2008) o Controle Social é um dos fatores importantes para a implantação do SUS. Esse instrumento é capaz de proporcionar à sociedade a intervenção na gestão pública, no sentido de colocar as ações do Estado na direção dos interesses sociais. “Permite a população o direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde, dentro de cada esfera de atuação” (LANDERDHAL, 2008, p. 2432).

Como aludido no item anterior a conjuntura em que a Participação e o Controle Social na Saúde alcançaram um status legal inscrito num arcabouço jurídico institucional vem a sofrer sérios rebatimentos a partir da década de 1990, quando ainda estava em fase de implementação, através de medidas reformistas do Estado brasileiro. Para Correia (2007), nesse contexto existe um paradoxo entre o “SUS legal” conquistado no fim dos anos 80 e o “SUS real” que vem sofrendo sérios rebatimentos a partir da década de 1990.

Verifica-se nessa década a afirmação de uma agenda das reformas de cunho neoliberal, defendidas pelas agências internacionais. Conforme Mota (2009), mal foram regulamentadas, as Políticas Sociais passaram a ser objeto de uma ofensiva perversa e conservadora, materializadas em propostas e iniciativas de contrarreformas restritivas de direitos, serviços e benefícios.

Com a crise do padrão de acumulação fordista no início dos anos de 1970, os ideais Keynesianos que resultaram no Estado de bem-estar social foram responsabilizados pela recessão. Tal modelo de regulação social foi

responsabilizado pela Crise do Capital, sendo adotadas medidas para conter essa crise que impactou diretamente nas Políticas Sociais, havendo uma retomada dos princípios liberais.

Esse novo cenário conduzido pelo movimento de acumulação do capital traz consigo profundas transformações que marcam a sociedade até os dias atuais, quando o processo de globalização, caracterizado pelo reordenamento do Capital, traz intensas mudanças nos aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais, com repercussão nas interrelações locais e globais no mundo do trabalho.

Em decorrência desse reordenamento, forja-se um novo modelo de acumulação capitalista, denominado de “acumulação flexível” (HARVEY, 1993) que impacta também no mundo do trabalho provocando a emergência de legislações trabalhistas flexíveis, nas quais um trabalhador flexível torna-se alienado e alheio à sua classe, desregulamentando assim as condições de trabalho e de articulação política da classe trabalhadora.

Cabe sinalizar que a atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais, a partir dos anos 1990, tem como determinantes além das mudanças na esfera do trabalho por meio da reestruturação produtiva, as concepções pós-modernas que enfatizam apenas o local, o fragmentado e o efêmero, desvalorizando categorias mais gerais, como a totalidade social e a articulação do local com o global.

A Pós- modernidade seria a lógica cultural do capitalismo maduro (JAMESON, 1996). Essa lógica procura romper com as grandes narrativas da Modernidade, como o Iluminismo, o Idealismo e o Marxismo. Com a defesa do “fim” das teorias da Modernidade deixa de lado a historicidade dos fatos levando a uma verdadeira superficialização da vida social. Tal visão impacta nas lutas de classes devido a sua ênfase no fragmentado, no pragmatismo, no hedonismo e na efemeridade, tornando-as mais pulverizadas.

Os influxos pós-modernos agudizam o fundamentalismo religioso através da ênfase nos micro poderes e a coisificação das relações sociais. A agenda dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos nos anos de 1980, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas. Nesse sentido, a “[...] pós-modernidade surge imbricada à atual crise capitalista e caracteriza-se em oposição às teorias sociais

modernas se propondo como uma alternativa à suas ineficiências” (SANTOS, 2007, p.11).

Os rebatimentos da Pós-modernidade nos movimentos sociais ocorrem principalmente pela sua defesa da Crise dos Paradigmas da Modernidade – na qual se insere o Marxismo - que embeberam os discursos democráticos e de libertação dos movimentos sociais em décadas anteriores. Nessa perceptiva, apreende-se que intelectuais progressistas também são levados pelos discursos pós-modernos ao deixarem de lado suas discussões sob a ótica da totalidade e enveredam pelo campo do imediato e do senso comum.

A ofensiva pós-moderna esvazia o discurso político da defesa da sociedade democrática e emancipada e, com isso, favorece a ideologia neoliberal e a legitimação do padrão flexível de acumulação capitalista e suas formas de mercantilização. Na Política de Saúde, atestam-se o aumento exponencial da indústria farmacêutica e a ênfase nos Seguros-Saúde que fazem parte do mercado e garantem sua lucratividade com o desmantelamento do sistema público de Saúde e das políticas de prevenção de doenças.

Segundo Mota (1995), essa conjuntura é marcada por uma gestação de uma cultura política de crise, que é um movimento formador de ideologia, valores e representações que procuram naturalizar a objetividade da ordem burguesa, visando o consentimento das classes subalternas. O que se identifica é a posição do capital para disseminar que a crise afeta toda a sociedade, procurando desqualificar as posições antagônicas de classes, com a intenção de construir um modo de integração passiva à ordem do capital, desmobilizando e despolitizando as lutas sociais e políticas.

Inserida nesse quadro conjuntural, assinala-se o agudizamento de uma política focalizada, individualista em detrimento da universalidade conquistada. Segundo Menicucci (2009, p. 162),

A falta de identificação dos segmentos organizados da população com uma assistência pública e igualitária contribui para o enfraquecimento da proposta de caráter publicista e universalista e para o fortalecimento da segmentação, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura a população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho.

O processo de institucionalização do SUS trouxe elementos que buscaram reestruturar os processos decisórios da sociedade brasileira, em que através da descentralização na gestão, deparou-se com a mudança de um modelo de gestão autoritário para uma gestão democrática pautada no compartilhamento de poder decisório. Nesse sentido,

[...] descentralização envolve redistribuição de poder com deslocamento de centros decisórios, isto é, é necessário que se tenha cada esfera do governo assumindo suas atribuições e também tendo acesso aos meios para exercer o poder, quais sejam, recursos humanos, financeiros e físicos. Trata-se na verdade, da articulação entre três princípios: autonomia, democracia e participação, que pressupõe uma redefinição das relações de poder e com isso, a existência de um pluralismo, implicando numa ação compartilhada entre Estado, mercado e sociedade, no atendimento as necessidades humanas básicas. Uma compreensão que o Estado não é minimizado. (FONSECA, 2008, p.05).

Mas, na conjuntura de afirmação de uma agenda contra reformista do Estado de cunho neoliberal, defendida e estimulada pelas agências internacionais, rebate na perspectiva da descentralização da Política de Saúde. Nessa perspectiva, percebe-se que as atribuições da área governamental passam a ser destinadas para o privado com vistas à redução do gasto público, reforçando a seletividade e contrapondo-se a universalização dos Direitos Sociais. A redefinição no papel do Estado dá-se no intuito de desresponsabilizá-lo ao articular o chamamento da sociedade civil.

Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a contrarreforma, sob a orientação do Banco Mundial, propõe a descentralização como deslocamento de responsabilidade para a sociedade e esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade”. A estratégia é a busca de parcerias com a sociedade para que esta assuma os custos da crise, repassando-se assim a responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do Estado para Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, comunitárias, entre outras. Desta forma, o Estado reduz o seu papel de prestador direto dos serviços, reorientando sua intervenção como regulador e provedor financeiro (CORREIA; BRAVO, 2012, p.131).

As medidas de contenção da crise provocaram fortes restrições aos direitos conquistados através das Políticas Sociais, sendo estas direcionadas

pelos princípios da focalização e seletividade em contraposição à universalidade. Esse contexto de crise e complexificação do processo de acumulação capitalista exige uma reorganização do papel do Estado que impacta e redefine o papel das Políticas Sociais. Assim os países periféricos, especialmente os da América Latina, tornam-se sujeitos aos ditames dos organismos internacionais que prezam pelo reordenamento do capital como o Banco Mundial (BM), o BIRD e o FMI.

As tendências prescritas por esses organismos internacionais na Política de Saúde brasileira são no sentido de impor reformas nos aspectos políticos, econômicos e sociais e culturais, que impliquem na adesão dos países para o reconhecimento da sociedade e o aumento do poder, mediante condicionalidades impostas por esses organismos. Tais condicionalidades estão relacionadas ao desempenho de funções relevantes para o ajuste de integração dos espaços mundiais, visando à produção e à reprodução do capital, ajuste estrutural e financeiro mediante imposição da adesão a programas de estabilização econômica, caracterizando uma reforma estrutural no Estado.

Para Correia (2007) essas medidas estruturantes de cunho neoliberal são adotadas a partir da década de 1990 pelos países da América Latina devido à crise da dívida, na qual frente à taxa de juros flutuantes, esses países devedores ficam sem possibilidades de honrar seus débitos com o FMI e o Banco Mundial.

As experiências de Participação e Controle Social a partir dos anos 90 ao invés de se estabelecerem enquanto espaços de luta e fortalecimento da classe trabalhadora têm levado à subordinação desses aos desmandos do capital.

O agudizamento da crise do capital põe em cheque as possibilidades de Participação e Controle Social em que as lutas coletivas são substituídas por lutas corporativas e a ordem do capital busca ofuscar os antagonismos de classes, naturalizando a classe que o representa, a classe burguesa.

Nesse sentido, busca-se a passivização da classe trabalhadora desmobilizando-a e retirando-a do cenário político, econômico e social. A partir da década de 1990 a postura assumida pelos movimentos sociais é de defensiva frente às estratégias persuasivas e de cooptação pelo capital nos espaços de lutas sociais.

Paniago (2012) sinaliza a importância do Controle Social da classe trabalhadora nas ações do Estado como também o Controle Social dos

trabalhadores na esfera da produção material do capital. Essa autora afirma que a maturidade adquirida, a partir do século XX, pelo capitalismo permitiu que este conseguisse articular adequadamente o controle da sociedade com a participação democrática de todas as classes na sociedade.

Para referida autora, nesse contexto de aprofundamento de exploração, de domínio e controle do capital para com a classe trabalhadora, os trabalhadores são envolvidos em uma lógica que ao mesmo tempo em que permite a participação dos trabalhadores nos ordenamentos da classe dirigente, atenua o antagonismo de classe, passiviza a classe trabalhadora fazendo com que essa classe seja induzida ideologicamente a pensar em uma verdadeira sintonia entre capitalismo e democracia. Tal efeito ideológico dá-se além dessa aparente ampliação dos espaços de discussão e participação da classe trabalhadora, pela ampliação do mercado de consumo das classes subalternas.

A participação dos trabalhadores permeada pelas lutas dos movimentos sociais da década de 1970 sofre grandes inflexões do ideário neoliberal provocando grandes perdas à classe trabalhadora. O aumento da exploração, diminuição de postos de trabalho e o aumento do mercado do consumo provocam o refluxo das lutas sociais, no qual o autoritarismo do mercado fragiliza e atordoa a classe trabalhadora. O capitalismo “[...] não suporta qualquer ato de autônomo dos indivíduos que contrarie sua lógica reprodutiva” (PANIAGO, 2012, p. 127).

Frente a essa enxurrada de rebatimentos provocados pelo capitalismo contemporâneo na Política de Saúde, depara-se com a prevalência do projeto privatista no direcionamento dessa Política através das medidas contrarreformistas que podem ser percebidas no intenso processo de privatização da Saúde. Esse processo efetiva-se através da ruptura do projeto democrático da Saúde, no qual se processa o enxugamento dos gastos com o social, quebra da universalidade do SUS, ampliação dos planos privados de Saúde na oferta de bens e serviços, ênfase em programas focalizados na atenção básica, descentralização enviesada, terceirização dos serviços e privatização através de novos modelos de gestão.

Esse processo de privatização vem assolando a Saúde no Brasil desde a abertura do governo democrático a partir das gestões de: Fernando Collor (1990-1992) com redução de gastos na Saúde e boicote à implantação do SUS via

Emendas Constitucionais; Itamar Franco (1992-1995) através de medidas incipientes de descentralização e financiamento de ações do SUS além da primazia econômica sobre o social com a criação do Plano Real; Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), sendo este momento de grande aprofundamento das propostas neoliberais; e gestões petista dos governos Lula (2003-2006 e 2007-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014) em que se acentua a grande crise da Política de Saúde com ampla articulação com as organizações da sociedade civil, como as OSIPs afora a adoção de estratégias privatizantes como a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Trata-se de uma empresa pública de direito privado criada para administrar os Hospitais Universitários do país.

No governo de FHC consolida o encolhimento dos espaços públicos de direito e favorecimento do privado, resultando em um intenso sucateamento da Saúde. A implantação do projeto neoliberal na Saúde dá-se através de deliberações sem consulta e participação social.

A consolidação contrareformista se processou com o Plano de Reforma do Estado do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), sob o comando de Bresser Pereira, em que caberia apenas ao Estado coordenar e financiar as ações e não executá-las. Assim, efetiva-se a transferência das responsabilidades do setor público para o terceiro setor e dos recursos públicos para o setor privado. Esse plano privatizante incide, sobremaneira, na gestão da Política de Saúde, modificando o repasse da gerência pública do setor para a privada, inaugurando a gestão das organizações sociais, enquanto sociedades de direito privado “sem fins lucrativo”.

Essa política racionalizadora, fundada na seletividade da atenção à Saúde, contribui de forma direta e indireta para instalação da esfera privada ao incentivar a contratação de forma terceirizada dos prestadores de serviço como também a liberação de isenções tributárias e subsídios para os Planos de Saúde.

Os *Cadernos MARE* (1995), publicações da Reforma Gerencial do Estado, sob a influência do Banco Mundial veiculavam as propostas de terceirização sob as diferentes modalidades através de contratos de gestão com ONGs, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Fundações Estatais de direito privado (FEDP) ao enfatizar a ineficiência do setor público, ao propor como a alternativa o modelo

gerencial do privado. Nesse contexto, o Controle Social passa a ser exercido por essas instâncias da sociedade civil.

Essas modalidades surgem como um “novo” modelo ou “alternativas” de gestão. A concessão da prestação dos serviços assistenciais é dirigida para “entes privados”, “públicos não estatais” regidos pelo direito privado. Traz em seu bojo a “parceria público-privada”, na fase complementar da ideologia desestatizadora do capital monopolista, agora voltado para os serviços sociais. (TEIXEIRA, 2012, p. 59-60).

Apesar da trajetória política progressista de Lula e seu partido na defesa do rompimento com o caráter mercadológico e privatizante das Políticas Sociais, como se aludiu anteriormente, seus dois mandatos de governo não foram diferentes no tocante ao incentivo à privatização da Política de Saúde, e, posteriormente o governo de Dilma deu continuidade a onda privatizante da Saúde. Os governos petistas agravaram a crise da Política de Saúde a ponto de, atualmente, ser um dos fatores da possível derrota da candidata do PT à reeleição à Presidência do Brasil.

Conforme a análise acurada de Bravo e Menezes (2011) as medidas tomadas nos governos Lula (2003-2010) foram no sentido de dar continuidade as medidas neoliberais, deixando a cargo do Estado apenas o provimento da assistência básica, sendo ao mesmo tempo grande incentivador do privado. Esse período apresenta como características: as dificuldades para com o financiamento da Saúde; a negação do tripé da Seguridade Social; a falta de defesa da Saúde do trabalhador; a proposta de criação das fundações estatais de direito privado e a não valorização da Participação e do Controle Social.

O grande intuito do governo petista da Era Lula foi manter os níveis econômicos satisfatórios para os organismos internacionais, aumentando cada vez mais os juros para o pagamento da dívida externa a custo dos investimentos nas áreas sociais.

O governo de Dilma Rousseff (2011-2014) tem enveredado nesse mesmo sentido de privatização com o estabelecimento de parcerias com o setor privado, fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, a ampliação da terceirização, a precarização dos trabalhadores e a acentuação na privatização do modelo de gestão. No que diz respeito à Participação Social, verifica-se nesse governo a diminuição do diálogo com os movimentos sociais, numa tentativa de

criminalização - articulada com o poder da mídia – das respostas dadas pela sociedade de insatisfação ao governo.

Nessa conjuntura, as propostas para Política de Saúde, como também para todas as Políticas Sociais, após a Constituição federal de 1988 caminham pautadas em uma tendência geral de restrição de direitos, delineadas, segundo Behring (2003) pelo trinômio do neoliberalismo: descentralização, focalização e privatização.

Nos governos de Lula e de Dilma, espalhou-se o discurso de ampliação dos serviços de atenção básica à Saúde através de alguns programas focais de maneira enviesada sem primar pela qualidade apenas a quantidade. Cita-se, nesse contexto, o Programa intercambista “Mais Médicos” do governo federal, criado em 2013 com objetivo de suprir a carência desses profissionais no país, principalmente no reforço a Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos locais que enfrentavam dificuldade em contratar médicos.

Passado um ano de implantação desse Programa, são notórias: a falta de infraestrutura, a contratação temporária, a barreira cultural, o pagamento de baixos salários, a negação de concursos públicos, dentre outros fatores que perpassam esse Programa, criticado pelos setores mais progressistas da área da Saúde. De acordo com a União, atualmente o referido Programa está presente em 3.785 municípios com aproximadamente 14 mil médicos, destes 11 mil são cubanos. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014)

Segundo dados do COSEMS/PB (2014), o estado da Paraíba recebeu 158 médicos em 2013 para atender 545.100 habitantes em 103 municípios. Desse total, 54 eram médicos formados no Brasil, e 104 no exterior. Em 2014, o Programa atingiu 247 médicos, atualmente no 5º ciclo do Programa.

Ainda de acordo com os dados do Cosems/PB (2014), a necessidade de médicos estrangeiros na Paraíba é de 257 profissionais, e, em abril de 2014, o Programa contava com 245 médicos em 169 municípios paraibanos. Para o Cosems/PB, o “Mais Médicos” aumentou consideravelmente o número de atendimentos de consultas e outros serviços realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa/PB.

O aumento de profissionais refletiu na quantidade das consultas realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) da Capital.

Houve também um aumento de 34,8% no número total de consultas por demanda agendada, de 28,2% nas consultas de cuidado continuado, 33% nos atendimentos de consultas por demanda imediata e 39,8% no atendimento em saúde mental. (COSEMS/PB, 2014, p.1)

.Em virtude do pouco tempo de implantação desse Programa no contexto das Estratégias de Saúde da Família (ESF) - *locus* desta pesquisa – e de que no período da coleta de dados, o “Mais Médicos” não tinha sido ainda criado, não há dados objetivos que possam avaliar o impacto desse Programa nas ESFs da cidade de Campina Grande/PB.

Decerto, a implantação de programas e ações pontuais na área da Saúde implica na ampliação da oferta de bens e serviços, mas, agrava-se a precarização das relações trabalhistas e a qualidade desses serviços. Ademais, o ajuste fiscal imposto ao Estado brasileiro tem diminuído os recursos da Seguridade Social visando o superávit fiscal.

Compreende-se que o financiamento da Seguridade Social vem sofrendo severos ataques que desqualifica suas políticas inscritas no campo dos direitos. O financiamento da Seguridade Social tratado no artigo 195 da CF/1988 prevê que esta deve ser financiada por recursos próprios tendo como base de financiamento os recursos e do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que diferente do Orçamento Fiscal. Esse orçamento é formado por impostos que financiam as demais políticas do governo como também o pagamento dos encargos da dívida pública, quando deveria responder exclusivamente as Políticas da Seguridade Social.

Os impostos que formam o OSS são: a Contribuição Social sobre o lucro líquido (CSLL), a Contribuição dos empregadores e trabalhadores (CETS), a Contribuição para Seguridade Social (COFINS) e a extinta Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) que inicialmente era direcionada apenas para o gasto com a Saúde e depois iniciou um processo de repartição com as outras Políticas da Seguridade.

Preconizada pela Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social deve ser financiada por toda sociedade de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes das três esferas governamentais e de outras fontes de financiamento, incluindo, para além da folha de salários, o faturamento e o lucro (BRASIL, Constituição Federal, 2012, p.115). Porém, as medidas

contrareformistas têm provocado um desfinanciamento da Seguridade Social em detrimento dos imperativos do capital.

Conforme análise de Davi *et al* (2011), pautada em dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), entre 2000 e 2007, o governo federal destinou ao sistema financeiro, através de títulos para o pagamento dos juros da dívida, 3,11 vezes a mais do que gastou com Saúde. Mesmo assim, os valores para o pagamento dos juros da dívida pública cresceram 234,38% nesse período. Nesse mesmo período a citada autora sinaliza que os gastos que o governo teve com Saúde e Educação representam apenas 47,5% do que foi gasto com os juros da dívida. Tais dados mostram claramente a posição do governo brasileiro, lado a lado com o mercado financeiro.

Merece registrar a perspectiva da reforma tributária brasileira proposta pelo projeto de Emenda Constitucional (PEC 233/2008)⁴¹ no sentido de ameaça ao orçamento da Seguridade Social, instituído na Constituição de 1988. As Políticas Sociais são subordinadas à lógica econômica em conformidade com os acordos do governo e com organismos financeiros internacionais, em que a arrecadação das contribuições que estão vinculadas ao orçamento da Seguridade Social pode ser desvinculada para outros fins.

Em 2000, foi criada a Desvinculação de Receitas da União (**DRU**), uma medida legal de subtração financeira da Seguridade Social para formação de um montante de recursos que compõem um superávit primário que se destina para o pagamento da dívida pública. Conforme Salvador (2010, p. 59) desde os anos 2000 através da DRU “[...] já foram surrupiados da Seguridade Social mais de R\$ 300 bilhões”. Nesse sentido o mercado financeiro se alimenta através da canalização dos recursos do Fundo Público passando a disputar cada vez mais esses recursos.

⁴¹ Conforme Davi *et al* (2011) Esse Projeto de Lei complementar altera um dos princípios da seguridade concernente a diversidade das fontes de financiamento exclusivas da seguridade social, da educação básica e do trabalho. A diversidade das fontes de financiamento acaba deixando de existir as contribuições sociais sobre o lucro e o faturamento das empresas, ficando previstas tão somente as contribuições previdenciárias.

A DRU reduz os gastos da Saúde na medida em que os recursos da Seguridade Social são desvinculados visando o superávit primário, transferindo recursos do fundo público para o capital financeiro.

Bravo (2012) cita dois momentos emblemáticos do governo Dilma: a desvinculação dos recursos da União (DRU)⁴² aprovada no final de 2011; e a entrada recente de capital estrangeiro em seguradoras de Saúde Privada.

Essa financeirização da riqueza através da pressão do mercado financeiro por mais recursos do fundo público eleva o montante dos recursos da esfera financeira através: do pagamento dos títulos públicos emitidos pelas autoridades monetárias e negociados no mercado financeiro, constituindo grande fonte de lucro para os investidores rentistas; a transferência de recursos do orçamento público para o pagamento dos juros da dívida; generosos incentivos fiscais e isenção de tributos para o mercado financeiro (SALVADOR, 2010).

Tudo isso tendo como combustível o suor da classe trabalhadora brasileira, que através de altíssimos impostos custeia o fundo público, e ao invés de ver seus tributos revertidos em políticas que amenizem a exploração, assiste o crescimento do mercado financeiro a custo do fundo público, melhor dizendo, em detrimento dos gastos com o social. “A principal característica de todas as crises financeiras dos últimos 30 anos é a presença do Fundo Público no socorro das entidades do mercado financeiro com a socialização dos prejuízos à custa dos impostos pagos pelos cidadãos”. (SALVADOR, 2010, p.60).

As contrarreformas empreendidas pelo governo brasileiro calcadas nos ditames dos organismos internacionais trilham no sentido de romper com o caráter universal do SUS conquistado a duras penas pela sociedade brasileira, dando ênfase na Atenção Básica e racionalizando a Média e Alta Complexidade causando, assim, um grande retrocesso na integralidade das ações estimulando a ampliação do setor privado na oferta dos serviços.

⁴² O Fundo Social de Emergência e posteriormente o Fundo de Estabilização Fiscal são os precedentes do que viria a ser a DRU. Tais mecanismos criados no governo de Fernando Henrique Cardoso tendo em vista a desvinculação de 20% do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal cuja finalidade é a geração de superávits e o pagamento da dívida pública. A DRU foi prorrogada em 2007, sob os auspícios do governo LULA até 2011.

Registram-se ainda nessa discussão, as propostas de flexibilização da gestão da Saúde, concebida como “novo modelo de gestão”, coloca em xeque um dos princípios primordiais do SUS, a Participação Social, ocasionando grandes problemas para trabalhadores e usuários. Essa tendência privatizante aponta para uma diminuição na oferta de bens e serviços de Saúde devido à lógica de lucro que permeia esses modelos de gestão, podendo decorrer na abertura duas portas de entrada no SUS sendo possível a diminuição dos serviços públicos em detrimento da ampliação dos serviços privados.

Nesse processo de privatização da Saúde através dessas propostas de gestão prioriza-se a autonomia do setor privado na administração do setor através de uma concepção de administração gerenciada de cunho antidemocrático.

Há que se considerar que a fase atual de privatização dos serviços sociais, que eclode sob a égide do gerencialismo, produz um novo bloco histórico no poder (os gerentes) para garantir a “governabilidade e a governança” realizando-se, assim, a contrarreforma do Estado, com recuo ideo-político de parte dos representantes das classes subalternas. A consequência dessa opção acentua as expressões da questão social, e como produto crucial, a ruptura com a possibilidade de expansão do processo democrático, resvalando na qualidade da atenção à saúde. (TEIXEIRA, 2012, p.77).

As proposições de Correia (2011) e Rezende (2007) apontam algumas características desses modelos de gestão como: ênfase nas empresas privadas; contratação do pessoal via CLT sem a necessidade de realização de concurso público; o processo de aquisição de bens e serviços sem processos licitatórios; desconsideração do Plano de Cargos e Carreiras e Salários (PCCS) dos trabalhadores da saúde, por prever a previdência suplementar para esses trabalhadores.

Esses modelos de gestão também reduzem a Participação Social na elaboração e controle da Política de Saúde. O Controle Social é exercido através de conselhos de administração internos a essas entidades de caráter apenas consultivo. Em relação a seus membros a paridade proposta pela lei 8.141/90 e desconsiderada, os membros são remunerados e têm relação direta com essas

organizações. O sentido desses conselhos é a aprovação das metas e objetivos da gestão privatizante.

Outro modelo que merece destaque por Correia (2011) é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), citada anteriormente. Trata-se de uma empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado. A EBSERH foi criada em 2011 através Projeto de Lei nº 1.749/2011 e vincula-se aos Ministérios de Educação e Saúde.

Essa empresa constitui uma via de privatização dos Hospitais Universitários através da mercantilização dos serviços, precarizando o acesso e cerceando autonomia das instituições públicas de ensino vinculadas a esses hospitais. Como nos outros modelos de gestão, a EBSERH quebra com a estabilidade profissional dos trabalhadores de Saúde, uma vez que seus funcionários passam a ser contratados por regimes temporários e abre brecha para comercialização de serviços privados. Percebe-se também o firmamento de convênios com faculdades privadas e a indústria farmacêutica interferindo assim nas atividades de pesquisa e extensão.

Mesmo que esses modelos não estejam instituídos legalmente, mas, seus elementos, conteúdos, estratégias e mecanismos encontram-se expressos na racionalidade hegemônica do atual SUS através da associação de controle à rigidez e a burocracia incompatível com as demandas atuais, racionalidade empresarial. Nessa lógica, os seus instrumentos administrativos gerenciais são o atingir metas e a perda contínua do poder deliberativo nos espaços de controle social, configurando os espaços de participação via de acesso para decisões consensualizadas.

Apesar desse cenário que coloca entraves à Participação e ao Controle Social, os espaços de participação institucionalizada no campo da Saúde - como o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências - vêm tentando construir barreiras que impeçam o avanço das medidas privatizantes. Não se pode deixar de destacar que mesmo nesses espaços de defesa da Política de Saúde, as proposições não são homogêneas havendo uma diversidade de interesses.

Percebe-se atualmente que algumas lideranças do MRS que estão inseridas nesses espaços, diante dos limites da política econômica, desistiram da luta e surgem com um discurso de defesa de uma flexibilização ou reatualização dos princípios da Reforma Sanitária. Essas lideranças político-

partidárias ressignificam os princípios e diretrizes do SUS, tornando-se defensores da contrarreforma.

No discurso de abertura da 14ª Conferência Nacional de Saúde – realizada em Brasília, no ano de 2012, a professora Maria Inês Bravo⁴³ reafirmou que o campo da Saúde sofre a lógica da fragmentação e precarização existindo na atualidade três projetos distintos em disputa: o projeto de Reforma Sanitária da década de 1980; o projeto privatista dos anos de 1990; e o projeto de Reforma Sanitária flexibilizada nos dias atuais, que rompe com a radicalidade do MRS e defende que a solução para Saúde não está na expansão do gasto social, mas no poder da focalização.

O projeto de Reforma Sanitária flexibilizada desconstrói a universalidade do SUS constitucional dando ênfase no discurso de “SUS para os pobres”, com uma Política de Saúde que fraciona os programas em ações compensatórios que quebram o sentido da universalidade. No que diz respeito ao grupo de defensores do SUS flexibilizado, várias são as opiniões que sinalizam os motivos do afastamento desse grupo aos preceitos do MRS dos anos 1980. Para Rogerio Lames Rocha (2012, p.1), coordenador do programa Radis (da FIOCRUZ):

[...] cansados de lutar, segundo alguns, capitulados diante da luta, segundo outros, ou modernizados em suas lutas, segundo eles próprios, parte dos sanitaristas da gestão ou da academia, junto com tecnocratas privatistas, passaram a atuar junto a um terceiro grupo, que tem detido apoio a formulações e propostas que flexibilizam boa parte do ideário e dos princípios caros a reforma sanitária. Aparentemente, a terceira via não considera possível, mesmo quando mantém a crítica ao mercado e ao macro modelo de desenvolvimento, derrubar o arcabouço das leis, interpretações jurídicas, normas e práticas administrativas e conceitos que se enraizavam no senso comum, sob a tutela firme do capital financeiro, de parlamentares, juízes e governantes comprometidos com o modelo hegemônico e vigiado pela ira da mídia a serviço do mercado

Novos espaços de participação em defesa de uma Política de Saúde estatal e de qualidade vêm ganhando destaque como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. O surgimento desses novos mecanismos de controle

⁴³ Ver Terceira Via. In: Revista Radis nº 115, FIOCRUZ, 2012.

democrático é no sentido de exercerem pressão social, fora do espaço institucional do Estado, para que este não privatize a Saúde Pública.

A Frente é composta por diversos fóruns de Saúde e várias entidades na defesa de um SUS público e estatal, sob a administração direta do Estado, garantidor do princípio da universalidade. Inicialmente a Frente surgiu com a articulação dos fóruns de Alagoas (dentre seus representantes está a professora da UFAL, Maria Valéria Costa Correia), do Rio de Janeiro (dentre seus representantes a professora Maria Inês Bravo, da UERJ), do Paraná, de São Paulo e do município de Londrina, no sentido de impetrar uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra a Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OSs). Essa Ação vem tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF). Em torno dessa estratégia, o movimento criou um abaixo assinado online pela procedência da ADI 1.923/98, enviou uma carta endereçada aos ministros do STF com mais de 400 assinaturas de entidades brasileiras e conseguiu agendar audiências com quatro ministros e representantes de mais dois Ministérios.

Conforme dados do site da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde existem atualmente no Brasil 18 fóruns estaduais, 1 no Distrito Federal e 14 fóruns municipais (CONTRA PRIVATIZAÇÃO, 2014). Essa é uma luta contra a privatização da Saúde e defesa do MRS formulada nos anos 1980.

Essa Frente congrega movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e tem empreendido duras lutas em defesa da Saúde Pública e realizado algumas ações no sentido de construir barreiras na tentativa de impedir o agudizamento da privatização da Saúde.

A Frente também tem estimulado a criação dos Fóruns de Saúde e vem realizando eventos, movimentos, debates, audiências públicas para construção de uma agenda para Saúde. Essa Frente também vem confeccionando panfletos e cartilhas no intuito de divulgar sua luta e chamar atenção da sociedade para esse processo de privatização do SUS que impacta em toda sociedade. Nesses materiais são destacadas as principais bandeiras de luta do movimento que consistem em: pela Inconstitucionalidade da Lei que cria as OSs; defesa de investimento de recursos públicos no setor público da saúde; pela efetivação do Controle Social Democrático; pela redemocratização das Conferências de Saúde nas três esferas de governo; defesa de concursos públicos e da carreira pública no serviço público; defesa de 6% do PIB para a saúde como parâmetro mínimo,

e exigência de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde; pelo fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU); contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, FEDP, EBSERH, etc.; luta por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011), a Frente teve papel protagonista, devido as suas várias manifestações e calorosos debates, a recusa dos participantes aos modelos de gestão que privatiza a Saúde. A estratégia de luta da Frente caminha no sentido de fortalecer as lutas sociais locais articuladamente com as de nível nacional aprofundando debates e instigando a Participação Social em defesa do SUS. A estratégia no campo do Controle Social democrático se processa através da ocupação dos espaços institucionalizados de participação na contenda para que esses espaços tornem-se espaços de repúdio às formas privatizantes de gestão na Política de Saúde.

Nesse sentido, o Controle Social pode ser considerado um agente de vigilância dos direitos, tendo na sociedade civil um agente mobilizador e cobrador, através de novos e velhos espaços de participação. Esses mecanismos de Controle Social são espaços de resistência das referidas contrarreformas. Apesar dos limites postos aos mecanismos de Controle Social, este vem conseguindo resistir aos impactos, mas cumpre salientar que a superação dos limites da Saúde, impostos pelo capital vão além dos espaços institucionalizados de Controle Social.

[...] apesar de uma multiplicidade de contradições e avanços os processos participativos são desencadeados por sujeitos sociais históricos que, como tais, podem estabelecer iniciativas fortalecedoras de um projeto democrático, que tenha nos espaços participativos institucionais apenas o ponto de partida, não o de chegada. (MEDEIROS, 2010, p.13).

De acordo com Bravo (2006), na atual conjuntura de fragilização das lutas sociais, as entidades da sociedade civil não têm conseguido uma defesa da Seguridade Social e da Saúde em particular, com destaque para o movimento sindical, os partidos políticos e o movimento popular.

Nogueira (2002) considera alguns requisitos para a viabilização da gestão democrática participativa: cultura ético-política; adesões democráticas

consistentes; decisões democráticas claras; capacidade de direção política; recursos humanos qualificados e procedimentos de desburocratização. Esses pressupostos são fundamentais para os participantes que integram os Conselhos terem como diretrizes se, realmente, quiserem fortalecer esse mecanismo de gestão da Política Social de Saúde.

O cenário atual do capitalismo contemporâneo marcado por profundas transformações nas esferas sociais, econômicas e políticas vem capitaneando sérios reatamentos nas lutas sociais. Essa conjuntura de arrefecimento dos movimentos sociais requer dos sujeitos políticos uma maior articulação e uma retomada do Movimento de Reforma Sanitária que está em pleno curso, mas bastante impactado pela conjuntura ora posta. Assim diante da atual conjuntura dos ditames neoliberais e no que tange à Política de Saúde, esse é um contexto de tensionamento entre os ideais propostos pela Reforma Sanitária e o projeto privatista voltado para o mercado. As orientações neoliberais confrontam as conquistas legais da Saúde, nas quais a efetivação dessas reformas segundo Correia (2007) depende da correlação de forças entre os interesses antagônicos em cada realidade social.

A Participação Social fortalece a gestão democrática das políticas públicas, sendo assim uma estratégia de democratização social, política e econômica da sociedade brasileira. Nesse processo de fortalecimento das estratégias de Participação Social, destaca-se o papel dos Trabalhadores de Saúde em seus espaços de trabalho no sentido de estimular os usuários desses espaços à Participação e Controle Social.

Nesse enfoque, parte-se para o próximo Capítulo no qual se busca analisar como vem se dando a Participação e o Controle Social, preconizados pela Política de Saúde brasileira no contexto dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) em Campina Grande/Paraíba.

3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB: (im) possibilidades na ação de seus profissionais

Este Capítulo encontra-se estruturado em duas dimensões investigativas: a primeira trata da Política de Atenção Básica em Saúde a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF em Campina Grande/PB; e a segunda dimensão versa sobre Controle e Participação Social nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Campina Grande/PB.

Para analisar essas dimensões adotou-se a metodologia descritiva analítica em razão do método de exposição ser descritivo, mas imbricado à concepção ideológica de análise crítica à sociedade capitalista, geradora da questão social e das estratégias forçadas pelo capital no enfrentamento das expressões concretas dessa questão mediante a gestão das Políticas Sociais.

Nesse sentido, as Políticas Sociais são entendidas como estratégias próprias das formações econômico-sociais capitalistas contemporâneas sob a gestão pública estatal na perspectiva da mediação entre as necessidades de valorização e acumulação do capital e as necessidades de manutenção da força de trabalho disponível para o modo capitalista de produção. (MACHADO; KYOSEN, 2009). Assim, as Políticas Sociais transitam entre as duas categorias fundamentais do modo capitalista de produção: capital e trabalho. Esse trânsito confere às Políticas Sociais uma profunda contradição ao buscar certo grau de compatibilidade entre o capital e o trabalho. Nesses termos, as Políticas Sociais:

[...] apresentam claro e inequívoco conteúdo de classe social, e respondem, em última instância, aos interesses das classes dominantes. Isto não significa que se deve, neste momento histórico, negar uma ou outra – ou ambas. O que é fundamental é o fortalecimento daqueles que se encontram fora dos processos decisórios que se dão, em última instância, no âmbito político. Os espaços políticos já existentes – sindicatos, associações, conselhos – e a busca incessante de criação de novos espaços de participação, podem se constituir em um caminho possível de fortalecimento dos indivíduos para que reconheçam sujeito coletivo e imponham mudanças importantes em ambas às políticas, mudanças estas que venham a favorecer a maioria da população. (MACHADO; KYOSEN, 2009, p.2)

A concepção metodológica descritiva analítica finca-se na adoção da perspectiva de totalidade por compreender que o objeto de estudo derivado do real perpassado por múltiplas mediações, imbrica-se aos sujeitos que lhe

conferem materialidade e vice-versa. Nesse sentido, os sujeitos tornam-se protagonistas do real vivido, no caso desta pesquisa são os trabalhadores da Saúde que atuam no contexto dos NASFs (objeto de estudo) na cidade de Campina Grande/PB.

Trata-se da metodologia de análise centrada nos sujeitos protagonistas (WANDERLEY, 2012), sejam os sujeitos autorais (estudiosos e pesquisadores sobre as temáticas tratadas) e os sujeitos coletivos vinculados a um determinado interesse de classe, inseridos na concretude de uma dada realidade social que, no caso desta pesquisa, expressa nos trabalhadores da saúde.

A primeira dimensão foi elaborada à luz da pesquisa bibliográfica e documental acerca da descrição analítica da Política de Atenção Básica em Saúde a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF. Para tanto, trabalhou-se com autores que estudam e analisam as categorias temáticas tratadas nesta pesquisa e com os documentos oficiais coletados derivados do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde a partir do recorte empírico territorial de Campina Grande, cidade do estado da Paraíba, materializado em dois NASFs.

A segunda dimensão foi organizada com base na discussão dos dados empíricos coletados com 12 profissionais entrevistados que atuam nos dois NASFs campinenses. Desse modo, adotou-se a análise quanti-qualitativa, mas, com predominância da qualitativa em torno das falas dos sujeitos da pesquisa que foram categorizadas por temática segundo Bardin (2007).

Por conseguinte, a metodologia adotada fundamenta-se na fala de dois tipos de sujeitos: a análise explicativa dos autores teóricos que estudam a Participação e do Controle Social na Política de Atenção Básica em Saúde; e a análise dos 12 sujeitos da pesquisa a respeito da Participação e do Controle Social nos NASFs de Campina Grande.

3.1 A Política de Atenção Básica em Saúde a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF em Campina Grande/PB

Para analisar os sentidos da Participação e do Controle Social nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) na cidade de Campina Grande/PB

a *priori* é fundamental explicitar, ainda que rapidamente, como vem sendo encaminhada a Política de Atenção Básica em Saúde especificamente no sentido da proposta de reorientação do modelo assistencial da saúde através da Estratégia Saúde da Família⁴⁴ (ESF) e NASF. Posteriormente, apresentam-se algumas ponderações acerca da implantação desses Programas no contexto de Campina Grande/PB.

Como antes sinalizada, a principal diretriz desse processo de privatização, calcada nos ditames dos organismos internacionais é a Reforma do Estado que tem como características a mercantilização da Saúde e Previdência e a ampliação do assistencialismo. Segundo Behring (2003), dos anos 1990 até atualmente, ocorreram, no Brasil, mudanças estruturais de contrarreforma. Nesse contexto, a tendência tem sido a redução de direitos e limitação das possibilidades preventivas e redistributivas das Políticas Sociais, colocando em curso o trinômio do neoliberalismo: privatização, focalização, e descentralização, que corresponde a desconcentração e desresponsabilização do Estado.

Na Política de Saúde, a contrarreforma pode ser percebida através do reforço à dicotomia entre as ações curativas e preventivas, que segundo Bravo e Souza (2004) apontam a criação de dois subsistemas. O subsistema de entrada e controle construído pelo atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado; e o subsistema de referência ambulatorial e especializado, formado por unidades de maior complexidade.

Nessa lógica sistêmica que há ênfase em propostas como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo Teixeira (2001), essa lógica reflete o confronto atual que possibilita diferentes rumos à ESF, sendo elas: de escopo universalista, como previsto nos documentos oficiais; ou focalista, como é a atual gestão das políticas públicas no Brasil, resultado da opção neoliberal do Estado brasileiro.

⁴⁴ Atualmente a Saúde da Família deixa de ser considerada pelo Ministério da Saúde como um programa, e é assumida como uma política de governo. Não sendo mais recomendada a denominação Programa Saúde da Família (PSF), mas, Estratégia Saúde da Família (ESF) no intuito de superar o perfil de caráter transitório, excessivamente normatizado e verticalizado implícito no termo de Programa.

É importante destacar que na realidade brasileira de agudizamento da questão social e desmantelamento dos direitos conquistados são impostos limites às possibilidades de trabalho. Nessa conjuntura os profissionais de Saúde têm como grande dilema trabalhar as demandas imediatas sem perder de vista a perspectiva de totalidade que o usuário está inserido e não restringindo sua atuação em responder as imediatezidades do cotidiano.

Essa tensão entre o projeto privatista e o de Reforma Sanitária requer demandas diferentes para os profissionais. Conforme Bravo e Matos (2007), no que corresponde ao projeto privatista, percebem-se: a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos Planos de Saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais; enquanto no projeto de Reforma Sanitária busca a democratização do acesso às unidades e aos serviços de Saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de Saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Esse tensionamento tem provocado entraves para que o SUS se estruture efetivamente de acordo com seus princípios, causando rebatimentos no cotidiano das instituições, precarizando o processo de trabalho dos profissionais e alterando o perfil e necessidades de saúde dos usuários. Por outro lado, o processo de municipalização, vivenciado pós-Constituição de 1988 ampliou o mercado de trabalho para as profissões da área da Saúde.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na Saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimindo novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto, aos processos de trabalho.

Costa (2007) trata sobre o trabalho na Saúde referenciando as análises de Nogueira (1991), no qual esse autor afirma que nessa esfera dos serviços o

trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação⁴⁵.

Souza (1991) ao analisar os processos de cooperação na área da Saúde proposto por Nogueira afirma que o citado autor entende por cooperação a forma de trabalho em que vários profissionais trabalham juntos de acordo com o mesmo plano, no mesmo processo de produção ou em processo diferentes, mas, conexos entre si.

Para esse autor, as formas de cooperação ocorrem sob as formas horizontal e vertical. A cooperação horizontal pode ser perceptível na relação de uma unidade produtora com suas subunidades que participam do cuidado da Saúde que apesar de terem processos de trabalho diferentes pressupõem uma relação de integralidade e complementariedade das ações e serviços. Essa relação de horizontalidade tanto pode ser perceptível dentro de uma unidade hospitalar tendo como suas subunidades as enfermarias e laboratórios como de maneira mais ampla abrangendo toda rede de serviços de Saúde. No que diz respeito à cooperação vertical dá-se através da cooperação entre as categorias de profissionais de Saúde, que nas suas diversificadas atividades integram as tarefas dentro da hierarquia do serviço de Saúde que estão inseridos.

Para Costa (2007) tais processos cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da política administrativa dos serviços de Saúde, com as demandas dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

O processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil, caracterizadas pelas mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde. A autora também salienta as formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde)

⁴⁵ Nogueira (*apud* Costa, 2007, p.307-308) afirma que a natureza e a “[...] abrangência desses processos de cooperação vêm determinando o incremento do mercado de trabalho na área da saúde. Ele ainda salienta que, diferentemente de outras áreas de produção de bens e serviços, na da saúde não ocorre uma redução da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são extintos com função dos novos”. Nesse sentido, a ampliação do mercado de trabalho na área da saúde esta articulada com a ampliação horizontal das subunidades de serviços, como também a uma maior divisão sociotécnica do trabalho.

consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais, como particularidades do processo de trabalho em saúde. (COSTA, 2007, p.308).

A partir da implantação do SUS, a adoção do paradigma social na Saúde produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à Saúde. Assim, Miotto (2004, p.12) afirma que:

[...] não é por acaso que questões importantes como educação em saúde, trabalho comunitário, trabalho em redes, controle social, incluindo discussões sobre abordagens metodológicas, venham estruturar como campo de conhecimentos em áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a nutrição, o serviço social dentre outras.

Portanto, é nesse tenso cenário que se explicita que o Ministério da Saúde começa a adotar, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) - como era denominado na época - com o discurso de reorganização do Sistema. De acordo com esse órgão, o programa buscava concretizar os princípios e diretrizes do SUS, através da reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica.

De acordo com Ministério da Saúde, a atual ESF se expressa como uma estratégia para reorganização da Atenção Básica, na perspectiva da vigilância à Saúde mediante uma concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida.

Segundo Ribeiro *et al* (2005), o discurso oficial revela que não se trata de uma assistência precária para os pobres, mas sim da intenção de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção primária, na prevenção e promoção à Saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade, constituindo-se a Saúde da Família (SF) na porta de entrada do Sistema de Saúde.

Desse modo, o objetivo do PSF era: contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades

entre os serviços de Saúde e a população, articulados com os demais níveis de assistência (BRASIL, 1997).

Evidencia-se ainda o estímulo dado à organização da comunidade para o efetivo exercício do Controle Social que, imbricado ao objetivo acima, proporcione a identificação e valorização dos sujeitos e sua participação nas atividades desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família, bem como na resolutividade dos problemas de Saúde identificados na comunidade.

A Estratégia Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Tais equipes deveriam ser compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. É considerado que outros profissionais podem ser incorporados nessas equipes de acordo com as demandas e características locais.

Conforme Teixeira (2001) advoga-se assim a inserção do Serviço Social⁴⁶ na equipe básica, não como “outros profissionais”, mas mediante o entendimento de sua presença como componente importante na implantação de um modelo assistencial voltado para a atenção integral em Saúde.

Torna-se interessante ressaltar que a SF exige uma maior aproximação do profissional de Saúde com o cotidiano da população adscrita, apreendendo a realidade pela concepção da totalidade e permitindo, assim, a percepção das particularidades.

Para se compreender as particularidades dos objetivos propostos neste estudo, tecem-se algumas considerações acerca da **experiência de implantação da Saúde na Família na realidade de Campina Grande/ PB.**

⁴⁶ Deve-se considerar que a inserção do profissional de Serviço Social na ESF é fruto de uma luta ainda em curso que essa categoria profissional tem desencadeado mediante seus órgãos representativos- Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social). Tal luta tem permitido a ampliação gradativa desses espaços nas variadas formas de inserção.

Em janeiro de 1994, a Estratégia Saúde da Família⁴⁷ foi implantada no município de Campina Grande/PB. De acordo com Guimarães (2006), inicialmente contava-se com 5 equipes⁴⁸, que tiveram como critérios de implantação os fatores epidemiológicos e as dificuldades de acesso aos serviços de Saúde. Com intuito de iniciar rapidamente a atuação das equipes foi realizado um processo seletivo simplificado⁴⁹. A ESF foi implantada de forma pioneira nesse município, juntamente com mais 13 cidades brasileiras, tendo por referência a experiência de Cuba e de Niterói (RJ).

A decisão política de implantar o PSF no município é, sem dúvida, um passo importante. No entanto, transformar essa decisão em atenção à saúde da população de forma universal e resolutive é consequência de um trabalho que depende da realidade e da articulação específica de cada gestão municipal em saúde, bem como da organização da população, sem, contudo desconsiderar o contexto macroestrutural em que se insere o poder local (BRASILEIRO, *apud* SILVEIRA, 2005, p.248).

Conforme Santos (2004) a proposta inicial de expansão era de quinze equipes/ano, o que perfaria um total de setenta e cinco equipes para o município campinense no prazo de 5 anos. No entanto, o que se constata é que esse planejamento foi seriamente comprometido em virtude da (in) compreensão dos gestores locais em relação à proposta da SF.

Pautados nos princípios da Reforma Sanitária, e considerando o princípio do Controle Social, as equipes começaram a empenhar-se na formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs), e, a partir desse momento percebeu-se a necessidade de incorporação de Assistentes Sociais⁵⁰ nas equipes. Carneiro

⁴⁷ Cumpre destacar que, a partir de 1995 o Ministério da Saúde (MS), inclui em seu plano de metas e ações prioritárias a ESF como estratégia que visa à reorganização do modelo de atenção, através dos princípios e diretrizes do SUS.

⁴⁸ Conforme preconizava o MS, a equipe mínima compunha-se de médico, enfermeiro, e auxiliar de enfermagem. A forma de contratação desses profissionais era através de convênio entre as Sociedades de Amigos de Bairros (SABs) e a Prefeitura Municipal, através de regime celetista (CLT) (CARNEIRO, 2007).

⁴⁹ O processo seletivo simplificado contou com prova escrita, de títulos e entrevista.

⁵⁰ Cumpre situar que tais profissionais eram alocados da Secretaria Municipal de Saúde e passaram a desenvolver seus trabalhos junto a equipe mínima, mas não faziam parte dela oficialmente, apenas em 2003 houve a oficialização de seu trabalho (Carneiro, 2007). Em 1995, mesmo ano da inserção dos profissionais de Serviço Social, foi

(2007) indica que no momento inicial da história da Estratégia em Campina Grande-PB, os profissionais tinham um papel militante e acreditavam nos ideais da Reforma Sanitária.

Longe de uma análise corporativista, cabe registrar que no processo de implantação da ESF em Campina Grande e de estímulo a Participação Social no contexto da Saúde local, os Assistentes Sociais protagonizaram uma conjuntura de iniciar um processo de resgate à cultura vanguardista de participação em movimentos sociais na qual Campina Grande é merecedora de destaque.

Segundo Guimarães (2006), os profissionais de Serviço Social passaram a desempenhar, a partir de 1995, um papel muito importante junto às equipes e à comunidade, e como resultado das contribuições de tais profissionais foi possível, gradativamente, implantar os CLSs, além de serem desenvolvidos diversos projetos, como o de produção artesanal para geração de rendas, formação de grupos educativos para alimentação alternativa, etc.

No desenvolvimento desse trabalho, verificou-se que esses Conselhos contam com assessoria dos profissionais de Serviço Social que fazem parte da equipe mínima da SF, conforme sinaliza Bernardino *et al* (2005). O trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais através da assessoria a esses CLSs possibilitou a estruturação e ampliação de conselhos no município, propiciando maior atuação da população no planejamento das ações da Saúde local e na fiscalização dos serviços prestados, também em outras áreas.

Em decorrência dos rumos que vinham traçando a Estratégia, acreditava-se que o assistente social viria a somar com o trabalho que se propunha à ESF, de atendimento integral às famílias, mobilizar as comunidades para exercício do controle social, viabilização dos direitos sociais, desenvolver atividades de prevenção e promoção à Saúde, entre outras.

Dessa forma, inicia-se um processo de reivindicação da inserção “oficial” de tal profissão nas equipes básicas, capitaneado pela Associação de Profissionais da Saúde da Família e pelos assistentes sociais que prestavam serviço às equipes, tendo como aliados o Departamento de Serviço Social da

implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Campina Grande- PB.

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a delegacia seccional do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)-13ª Região, os Conselhos Comunitários de Saúde nos bairros atendidos pelo PSF, a coordenação local da SF (RIBEIRO *et al*, 2005).

Com a mudança da gestão municipal em 1996, a SF sofre sérios rebatimentos, passando a ter novas configurações não sendo, porém, uma das prioridades do município. Em virtude do não reconhecimento dos avanços⁵¹ obtidos pela Estratégia, como a diminuição dos indicadores epidemiológicos que levaram a obtenção de prêmios em nível nacional, foi criada em 1997 a Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF).

De acordo com Carneiro (2007) a proposta da APSF era a luta em defesa da SF, buscando aliados nos centros de formação, para juntos com os CLSs, discutirem possibilidades para efetivarem realmente a reversão do modelo assistencial. Eram realizados eventos com o objetivo de discutir a SF e, principalmente, sensibilizar os gestores, demais serviços e a sociedade para sua importância.

Assim, em 2003 acontece a primeira expansão da SF (de forma muito tímida e um tanto precária), de mais 18 equipes, com intuito de abranger a zona rural, sendo inseridos nas equipes os profissionais de Saúde Bucal⁵².

Também nesse mesmo ano, levando em consideração as reivindicações da APSF e por opção política⁵³, ocorre a inserção⁵⁴ do Assistente Social na

⁵¹ Os avanços obtidos na estratégia refletiram na obtenção de prêmios em importantes eventos nacionais, como o da Fundação Getúlio Vargas, em 1998, e o Prêmio Saúde Brasil da I Amostra Nacional de Produção da Saúde da Família, em Brasília. A obtenção desses títulos deram grande visibilidade da proposta da SF para a população.

⁵² A equipe de Saúde Bucal era composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, conforme preconizava o MS.

⁵³ Conforme Pequeno (2006) *apud* Abrantes (2008), nos anos de 2003 e 2004 com a chegada do professor sanitarista André Luiz Bonifácio, para ocupar o cargo de secretário municipal de saúde - na gestão municipal de Cozete Barbosa aliada do Partido dos Trabalhadores e ex-presidente por vários anos, do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais do Agreste da Borborema (SINTAB) - percebe-se uma alavancada nos rumos da estratégia, no sentido de tirá-la da posição marginal na rede de serviço local, que até então se encontrava.

⁵⁴ A inserção desse profissional da SF é uma conquista histórica que não é fruto de uma luta corporativa, mas do compromisso ético-político que essa profissão assumiu com a classe trabalhadora, conforme apontados em seu Código de Ética, pautado nos princípios democráticos, de liberdade e justiça social. . É importante enfatizar que não

equipe básica da Saúde da Família. Esse profissional seria responsável por no máximo duas equipes, com o objetivo de construir sua prática pautada na integralidade da atenção, promoção da Saúde e Controle Social.

No final de 2005 e início de 2006 ocorre uma série de descaminhos, retrocessos e reviravoltas na SF no município campinense.

Destaca-se a situação de instabilidade que foi vivida pelos (as) profissionais diante da decisão da gestão de “regularizar” o vínculo dos profissionais através da realização de concurso público, seguindo orientação do Conselho Nacional de Saúde - CNS- no sentido de desprecarizar a situação trabalhista dos profissionais. Entretanto, [...] diferentemente da realidade nacional, onde tal processo vem se dando com participação dos trabalhadores do SUS, bem como da instalação dos Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS, a decisão de mudança de vínculo foi tomada de forma unilateral e autoritária pela gestão, em um processo extremamente traumático para os trabalhadores, pela forma como foi conduzido (PEQUENO, *apud* CARNEIRO, 2007,p.22).

Nesse contexto tenso, a postura autoritária assumida pela gestão municipal acarretou insatisfação dos profissionais de Saúde⁵⁵. De forma

houve incentivo financeiro por parte do Ministério da Saúde para inserção local do Assistente Social na equipe mínima no município em tela. Registra-se ainda que outros profissionais tinham suas atribuições junto à Estratégia determinadas pelo MS, nesse caso, foi preciso construir as atribuições do profissional de Serviço Social. Essa atividade foi realizada através da capacitação introdutória para tais profissionais, em parceria com o Polo de Capacitação Permanente em Saúde da Família, coordenação local da ESF, e o Departamento de Serviço Social da UEPB. Ribeiro *et al* (2005) enfatiza que tais atribuições foram construídas coletivamente para a prática do profissional *in loco*, em conformidade com as diretrizes do SUS para reorganização do modelo assistencial, o Código de Ética do Serviço Social e a Lei de Regulamentação da profissão, como também pelas experiências que vinham sendo construídas pelos profissionais que já estavam atuando na Estratégia. Em relação à participação social foi constituída enquanto atribuição desses profissionais identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na Comunidade – a exemplo dos CLSs, como também contribuir para a capacitação e formação de conselheiros de saúde e de outros sujeitos sociais.

⁵⁵ Conforme o estudo de Carneiro (2007), não que os profissionais fossem contra o concurso público, mas sim da maneira impetuosa como ele se processou. Quando os profissionais aprovados no concurso começaram a ser convocados, houve a demissão em massa dos que anteriormente atuavam na SF de forma comprometida, atuante e militante. Vale salientar que considerável parcela desses profissionais foi demitida sem ter seus direitos assegurados. Outro desafio foi a inclusão do assistente social no quadro de vagas para o concurso. Essa foi uma luta travada entre a APSF, articulada com o Departamento de Serviço Social da UEPB e os CLSs junto à gestão municipal. Diante

impositiva e desrespeitosa com esses profissionais, a gestão municipal anuncia um concurso público através de um discurso de ofensiva com os profissionais que entraram na Estratégia via processo seletivo.

Bravo (2001, p. 240) assinala uma série de dificuldades para a implantação da SF são elas:

[...] as formas específicas de seleção que favorecem o apadrinhamento, o clientelismo, e subordinação; o não oferecimento, pelas instituições públicas, de um ambiente de trabalho seguro, menos competitivo, mais solidário e menos estressante; e a diferenciação dos salários entre as categorias, sendo, porém, a intenção do PSF à implantação de um modelo de atenção integral, o valor do trabalho, entretanto não é o mesmo.

Sendo assim, foi realizado em janeiro de 2006 o concurso para o provimento de vagas na Saúde da Família no município. Merece evidenciar que, naquele ano, após a realização do concurso, a postura da gestão municipal era contrária à inserção do assistente social na SF. Somente a partir de muitas mobilizações em defesa da permanência do Serviço Social nas equipes é que se consegue obter a garantia de sua continuidade. Apesar disso, a forma de inserção foi redefinida, ficando agora cada assistente social responsável por entre 3 e 7 equipes, o que comprometeu a qualidade da atuação, em virtude do número excessivo de famílias para cada profissional.

Diante da relevância assumida pela ESF na Política de Saúde em nível nacional, passou a se constituir um dos pilares da Saúde Pública do Brasil, em que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, dispõe que “[...] a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.11). Vale salientar que na PNAB a Atenção Básica é entendida como,

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a

disso e através da intermediação do Ministério Público do Trabalho foi possível a inclusão do Serviço Social no referido concurso público.

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...] É realizada sob a forma de trabalho de equipe, dirigida a população de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária [...] Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo de continuidade, da integralidade e responsabilização. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p.10).

Nesse contexto, assume relevância um conjunto de iniciativas de qualificação e suporte à Atenção Básica, dentre elas a constituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que pressupõem a efetivação de apoio matricial à Saúde da Família. Mediante a Portaria n° 154⁵⁶, de 25 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde lançou o NASF, cujo objetivo é “[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008, Art. 1º).

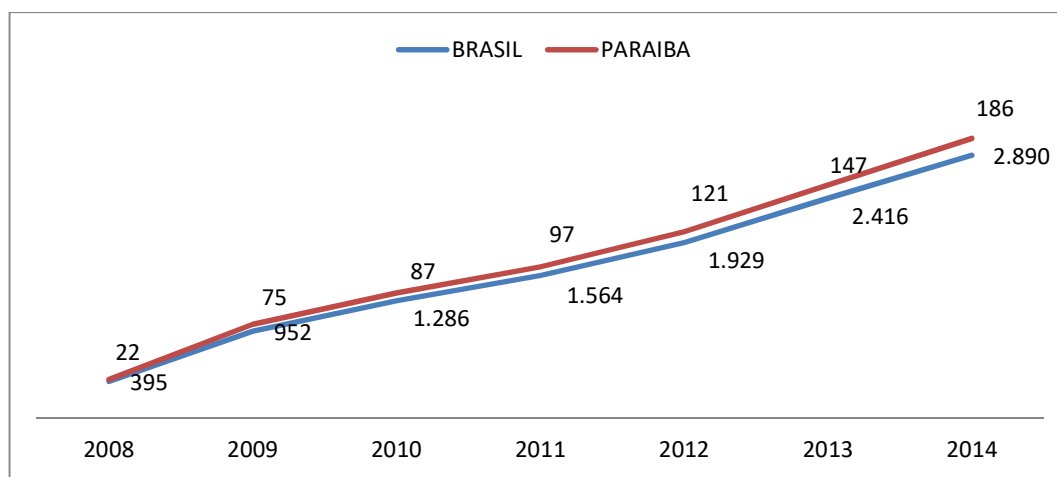
De acordo com as Diretrizes do NASF, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as equipes do NASF compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, devem atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em Saúde nos territórios sob a responsabilidade destas. Para tanto, deve nortear-se pelas seguintes diretrizes: “[...] ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p.7).

A atuação do NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação;

⁵⁶ A referida portaria, 154/2008 foi revogada, entrando em vigor a portaria 3. 124 de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos NASFs tipo 1 e 2 à equipes de ESF, e cria o NASF tipo 3, no sentido de universalizar a proposta desses núcleos. Esta nova portaria propõe a dissolução dos NASFs consorciados e intermunicipais, adequando-os a modalidade de NASF tipo 3, para municípios que possuam apenas uma equipe de ESF ou EAB.

alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Atualmente existem no Brasil 2.890 NASFs e na Paraíba 186. Realidade esta, que tende a aumentar devido ao processo de ampliação desses núcleos proposto pelo pacto pela saúde. Esse aumento gradativo pode ser perceptível no gráfico abaixo, conforme dados do Ministério da Saúde.



Fonte:Ministério da Saúde, Sala de Apoio a Gestão Estratégica (2014). Disponível em <http://189.28.128.178/sage/>.

Gráfico 1- Implantação dos NASFs no Brasil e na Paraíba.

No que diz respeito ao tipo de NASF no país, 2.202 NASFs são do tipo 1 e 688 NASFs são do tipo 2. Na realidade paraibana contamos com 140 NASFs do tipo 1 e 46 NASF tipo 2. Tais dados foram retirados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, e não foi identificado dados relacionados aos NASFs tipo 3, conforme a portaria 3.124/2012.

Os valores de incentivo financeiro para o custeio dos NASFs são definidos pela portaria 548 de 2013 do Ministério da Saúde. Assim, para cada NASF modalidade 1 serão transferidos, mensalmente, R\$ 20.000,00 (vinte mil reais); para cada NASF Modalidade 2 serão transferidos, mensalmente, R\$ 12.000,00 (doze mil reais) e para cada NASF Modalidade 3 serão transferidos, mensalmente, R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

Para implantação desses núcleos, deve ser submetido ao Ministério da Saúde um projeto feito pelos municípios que deseja implantar o NASF. Tal projeto é uma etapa determinante e deve contemplar uma análise do território, realizada em conjunto com os gestores, as equipes de saúde da família e os conselhos locais de saúde, tendo em vista que esses conhecem a fundo a realidade do seu território podendo identificar as particularidades. E através desse momento de avaliação conjunta, que pode ser identificadas as especialidades que comporão cada equipe, levando em consideração as necessidades de saúde, vulnerabilidades sócio- econômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios, que se encontram as ESFs que esses núcleos irão se constituir enquanto equipe de apoio.

“Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica em direção à co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos” (NASCIMENTO, 2010, p. 93).

O município de Campina Grande no interior da Paraíba foi uma das cidades pioneiras na implantação dos NASF, como foi também com a ESF. Para dar cobertura as 92 (noventa e duas) equipes da Estratégia Saúde da Família dividida em seis distritos sanitários foram implantados no ano de 2008 no município 09 (nove) NASFs de nível 1 (um) compostos por psicólogos, fonoaudiólogos, pediatras, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, farmacêuticos e assistentes sociais distribuído pelos NASFs.

Conforme informações da Coordenação do NASF do município de Campina Grande, no final de 2012, existem nove (09) NASFs no município, distribuídos em seis (06) distritos sanitários designados de I a IX. O total de profissionais que atuam nesses Núcleos é aproximadamente noventa (90) profissionais. Os profissionais que compõem essas equipes, como sinalizado, dependem das necessidades dos usuários de cada comunidade. Assim, os profissionais que formam as equipes multidisciplinares por Núcleo são: dois (02) médicos, sendo um ginecologista e um pediatra; dois (02) fisioterapeutas; um

(01) assistente social; um (01) farmacêutico; um (01) psicólogo; um (01) nutricionista; um (01) educador físico; um (01) fonoaudiólogo.

A proposta do NASF é trabalhar na perspectiva da Clínica Ampliada como princípio norteador de suas ações buscando a superação da lógica fragmentada do cuidado. Conforme Nascimento e Oliveira (2010), a proposta de Clínica Ampliada preconizada pela Política Nacional de Humanização, caminha no sentido de “[...] ajudar trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde da atualidade, o que significa que os ajuda a trabalhar em equipe, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 94).

Os citados autores apontam também outro princípio norteador das ações do NASF: o matriciamento. Esse arranjo técnico assistencial visa à ampliar da clínica das equipes da ESF, alterando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de coresponsabilização territorial, buscando maior resolubilidade em Saúde, com o objetivo de assegurar, de uma forma dinâmica e interativa, a retaguarda especializada às equipes. Cabe ainda destacar que apesar das equipes do NASF serem compostas por várias especialidades o NASF não deve se constituir enquanto nível secundário de Atenção à Saúde.

O modelo teórico dos NASFs foi proposto por Campos (1999) que através da reorganização/arranjo do processo de trabalho estimule o aumento do nível do vínculo entre as equipes e o usuário.

Recomenda-se a adoção – como norma organizativa – de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários. Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. De qualquer forma, estas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso de se estar operando em atenção primária, hospital, especialidades, etc. (CAMPOS, 1999; p.396).

Esse modelo de Atenção deve se efetivar através de duas dimensões: a assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira relaciona-se ao cuidado direto com o usuário. A segunda diz respeito ao suporte para as equipes da ESF, no

sentido de ampliar as possibilidades de intervenção, nas quais os profissionais - NASF em conjunto com a equipe da ESF - discutam casos e temas bem como realizem um acompanhamento, compartilhando conhecimentos específicos de forma a coletivizar o conhecimento a todos os integrantes das equipes.

A interlocução dos profissionais da ESF e do NASF propiciada pelo matriciamento as ações possibilita desenvolver e direcionar dois projetos, a depender de cada realidade. São eles: o Projeto Terapêutico Singular (PTS) direcionado para um sujeito individual, grupo ou família, destinado a situações mais complexas. É um movimento em que a equipe deve valorizar outros aspectos além do diagnóstico, enfocando os determinantes sociais do processo saúde-doença; e o Projeto de Saúde do Território (PST) é pautado no conceito ampliado de Saúde e busca realizar ações e estratégias que envolvam os serviços de Saúde do território adscrito com outros serviços e outras políticas através de uma abordagem intersetorial direcionado a toda comunidade.

No PST é possível uma maior articulação dos profissionais com os usuários, se constituindo em uma via de estímulo à Participação e Controle Social. Assim, conforme as diretrizes do NASF.

[...] o PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersectorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados. O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num território determinado. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p.29)

Os NASFs não são constituídos como porta de entrada do Sistema de Saúde, a sua atuação deve ocorrer de forma integrada à rede de serviços de Saúde. Para Martiniano *et al* (2010), o objetivo dessas equipes matriciais é no sentido de apoio, ampliação e qualificação do processo de produção do cuidado. A equipe deve ser composta por profissionais de diferentes especialidades e

suas condutas precisam ser diversificadas a depender das particularidades do local onde estão inseridos, como também devem acompanhar as atividades das equipes de referência, “[...] auxiliando-as na proposição de processos de cogestão do trabalho em equipe e invenção de novas estratégias de ação no território que permitam um cuidado integral e singular dos sujeitos e grupos”. (MARTINIANO, et al, 2010, p.3)

Conforme Sampaio (et al, 2011) a operacionalização da proposta de reorientação e reorganização da atenção básica aumentando assim a resolubilidade das ações, através dos NASFs, não está se dando de maneira uniforme. A autora acima destaca, que isso deve-se tanto a multiplicidade de interpretações possíveis nas portarias interministeriais, quanto ao direcionamento dado a nível local pelas gestões municipais do programa.

No que consiste ao papel do NASF, junto as equipes da ESF, percebe-se que várias são as acepções sobre o que consiste o Matriciamento. Considerando este modelo enquanto suporte que esses núcleos oferecem as ESFs, no intuito de qualificar a atenção e a gestão na atenção básica, pautado na proposta de Gastão Wagner dos Santos Campos.

Sampaio (et al, 2011) em pesquisa realizada no município de Campina Grande observa uma diversidade de acepções sobre o matriciamento, conforme figura abaixo.

Figura 1 - Tipos de Apoio encontrados nos NASF analisados do município de Campina Grande-PB

APOIO				
GERENCIAL-ADMINISTRATIVO	POLÍTICO-INSTITUCIONAL	TÉCNICO-PEDAGÓGICO	TÉCNICO-ASSISTENCIAL	COMUNITÁRIO
- Solucionar problemas estruturais e administrativos; “Representantes da gestão” para fiscalizar o processo de trabalho; - Equipe descentralizada do grupo de comando gerencial.	- Operar os direcionamentos políticos da gestão na condução das ações de saúde nos territórios; - Disparar processos específicos de políticas setoriais.	- Educação permanente; - Saber compartilhar do com as ESF na resolução conjunta; - Qualificar os encaminhamentos.	- Ampliar escopo de intervenção das ESF; - Atendimento os diretos ao usuário, com cada profissional apoiador desempenhando clinicamente sua profissão.	- Projetos de saúde no território; - Fortalecimento de conselhos locais; - Identificar lideranças e favorecer a articulação intersetorial

Fonte: Sampaio et al (2011, p. 7).

No apoio *técnico-pedagógico* o NASF coloca-se enquanto retaguarda especializada da ESF, ampliando a resolubilidade das ações no território de atuação dessas equipes. Seria uma forma de trabalhar as equipes das ESFs para que elas ganhem autonomia necessária para solucionar as problemáticas, onde os NASFs seriam referência para essas equipes e não para os usuários. “É uma forma de pensar o NASF em articulação com as equipes de Saúde da Família, operando processos de cuidado coletivos e compartilhados na Atenção Básica” (SAMPAIO et al, 2011; p. 9).

Na acepção de apoio *comunitário* a sua articulação com o apoio técnico-pedagógico e sua forma de operar a gestão coletiva do cuidado, em conjunto com os diferentes segmentos sociais, percebemos um grande enfoque na participação coletiva. De acordo com a portaria 154/GM de 2008 que cria os NASFs, o matriciamento envolve ações de fortalecimento de espaços coletivos com foco na gestão participativa. Destaca-se o papel importante que os profissionais protagonizam, juntamente com os usuários no fortalecimento de espaços de participação e controle social.

Esta vertente consiste em ações de intervenção no território propondo uma nova abordagem das equipes de saúde frente as organizações comunitárias, com estímulo à participação popular e ao controle social, organização das reuniões locais, comitês e conselhos locais de saúde (SAMPAIO et al, 2011).

A acepção *técnico-assistencial* é uma das mais identificadas na realidade dos NASF. No intuito de maior resolubilidade das ações no território, o matriciamento é no sentido de oferecer apoio as equipes de ESF. São ações voltadas para o atendimento individualizado do usuário. Assim, os profissionais passam a estabelecer com o usuário a gestão do cuidado, sendo este papel atribuído a equipe da ESF, indo de encontro ao que propõe a portaria 154, que sinaliza que o atendimento direto e individual realizado pelo NASF ocorrera apenas em situações extremamente necessárias.

Na acepção que corresponde ao apoio *político-institucional*, o direcionamento das ações está atribuído a forma como os profissionais conduzem o projeto político institucional implementado pela gestão de saúde local. Aqui os profissionais do NASF desenvolve a função de apoiador no intuito de operacionalizar os direcionamentos da gestão através de ações e políticas de saúde direcionada para cada território.

De acordo com análise acima, realizada por Sampaio (et al, 2011), percebe-se que, nas acepções técnica-pedagógica e comunitária são as que mais oferecem suporte para a participação e o controle social.

A Participação Social como categoria de análise deste estudo é discutida à luz das diretrizes do NASF ao preconizar que seus profissionais devam estimular o fortalecimento dos espaços de Controle Social comunitários, locais e em geral, com foco na gestão participativa. “Trata-se, portanto, de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas, partilhando poder e construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p.18).

Em relação à Participação Social, as diretrizes que orienta o trabalho no NASF indicam que é atribuição de todos os profissionais que compõem a equipe promoverem a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e Municipais de Saúde, como também avaliar, em conjunto com a ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento, implementação e efetivação das ações.

Merece evidenciar que apesar das diretrizes afirmarem que a Participação e o Controle Social são atribuições de todos os profissionais⁵⁷, verifica-se que no referido documento do Ministério da Saúde a Participação e o Controle Social surgem com maior ênfase quando se faz menção ao papel do profissional de Serviço Social dentro de NASF. Dentre os objetivos que devem ser alcançados pelos Assistentes Sociais alguns destacam o sentido de Participação e Controle Social dos usuários, conforme se lê abaixo:

- Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
- Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
- Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
- Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
- Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
- Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
- Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
- Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p.101)

⁵⁷ A portaria 2.488/2011 salienta que, “quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc)” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p.24).

Constata-se que esses objetivos a serem alcançados pelos profissionais de Serviço Social propiciam a construção de espaços participativos democráticos na comunidade no sentido do Controle Social. Uma problemática que surge em relação a essa questão é que os outros profissionais do NASF subentendem que a Participação e o Controle Social é uma atribuição privativa do Assistente Social, deixando essa atribuição a cargo desse profissional, enquanto que deveriam ser desenvolvidas por toda equipe, comprometendo assim a constituição de espaços democráticos em interlocução com a comunidade.

Nesse sentido, enfatiza-se a importância de “todos” os profissionais inseridos no NASF na perspectiva de fortalecimento e estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do Controle Social, intimamente relacionada com o conceito de Participação, legitimado pela Constituição de 1988 e Leis Complementares.

Não se trata apenas de uma luta legal por um direito adquirido, mas, de uma forma de estimular a sociedade na elaboração das políticas públicas, visto que é através da articulação da sociedade, em contato com os serviços prestados, principalmente com os serviços de Saúde, que a Política pode se efetivar ou não (SOUZA, 2006).

Nesses termos, o Controle Social passa a ser apreendido também, como fiscalização e controle das ações do Estado pela sociedade através do acompanhamento, da formulação, execução e avaliação das políticas públicas, ou seja, a sociedade controlando as ações do Estado em favor dos interesses das classes trabalhadoras.

No tocante ao Controle Social, o grande desafio para os profissionais do NASF é fazer uma discussão-crítica acerca de seu exercício profissional no sentido de romper com as práticas individualizantes, de favor, de ajustamento e disciplinamento dos usuários, bem como de alívio das tensões e amenização de conflitos. Nessa perspectiva, esses profissionais devem avançar no sentido de construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação enquanto deliberação de sujeitos individuais e coletivos (usuários e trabalhadores) na efetiva construção de condições objetivas dignas de trabalho e atendimento no SUS, dentre as quais se incluem não só a defesa dos direitos existentes, mas a luta pela ampliação e incorporação de novos direitos.

Mesmo com a relevância do Controle Social na atuação do NASF, com 2.890 equipes atuando em nível nacional (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014), registra-se ainda uma escassez de produções científicas que analisem essa experiência. Conforme dados do Portal da Saúde, o Ministério da Saúde vem em processo de ampliação desses núcleos a estimativa do Ministério da Saúde é que a quantidade de NASF em todo o país atinja 4.524 até o ano de 2014.

Quanto à relação dos profissionais da Atenção Básica em Saúde com a Participação e Controle Social na política local de Saúde torna-se necessário assinalar o papel educativo desses profissionais no que tange ao desenvolvimento dessas estratégias, de modo a estimular a criação e o fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde, na realidade local.

Como indica Bravo (2002), esses Conselhos se constituem espaços de articulação entre trabalhadores de Saúde, moradores do bairro, representantes das entidades existentes na área (como Associação de Amigos de Bairro - SABs, clubes de mães, igrejas, escolas, creches entre outras). Esses Conselhos não estão regulamentados - não são regidos por nenhuma legislação específica - e não apresentam uma estrutura formal. Conforme se aludiu, são entidades que, embora não estejam instituídas jurídica e legalmente, visam possibilitar a participação da comunidade na elaboração de propostas para a Política de Saúde em sua localidade.

Como um dos elementos fundamentais para a reversão do modelo assistencial, o Controle Social propicia a participação dos usuários na condução da Política de Saúde, inclusive em nível local. Para Teixeira (2001) o poder local é entendido como relação social em que a sociedade civil, com todos os seus componentes (organizações, grupos, movimentos), é um dos atores, e, embora se limite por uma territorialidade, nela não se esgota.

Nesse sentido, Silva, Silveira e Vasconcelos (2006) apontam que a implementação dos CLSs em Campina Grande vem sendo incentivada desde a implantação das equipes de Saúde da Família. É relevante abalizar que esses espaços trouxeram à necessidade de democratização de acesso às informações com relação aos direitos sociais. Nessa perspectiva, nesses CLSs foram realizadas várias capacitações para os sujeitos que estavam inseridos nos espaços locais de Controle Social.

Bravo (2001) recomenda que para se efetivar a participação popular, tendo em vista à viabilização da democratização da Saúde, torna-se indispensável a realização de capacitação e assessorias permanentes para os conselheiros, na perspectiva de fortalecer o projeto democrático no campo da Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde são constituídos por área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. A instituição desses Conselhos possibilita a ampliação do Controle Social no âmbito local, contribuindo com a adesão de mais entidades nesse processo, maior envolvimento da comunidade com a equipe da SF e participação no planejamento local, com proposições voltadas às necessidades da região.

Segundo Kruger (2010), esses conselhos locais são os espaços de participação mais próximo da comunidade e é a primeira instância em que as necessidades dos usuários podem se manifestar. A expressão das necessidades dos usuários ao se manifestar no espaço do Conselho Local de Saúde tem o potencial de se articular com os outros níveis de participação que são deliberativos da Política de Saúde, no caso os Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, realizando, desse modo, aproximações com a democracia direta e uma democracia representativa vinculada às suas bases sociais.

As atribuições dos CLSs consistem em: propor, acompanhar, fiscalizar e avaliar as atividades das unidades básicas de Saúde e os serviços prestados à população; participar da elaboração e aprovar o planejamento local de Saúde; como também tentar dar resolutividade nas problemáticas da comunidade.

Merece elucidar que os retrocessos políticos que vêm sofrendo a ESF de Campina Grande, atingem também esses espaços importantíssimos na construção da Política de Saúde em nível local. No período anterior a 2006, existiam trinta e cinco CLSs e mais dois em fase de implantação. Atualmente, verifica-se a existência de apenas quatro CLSs em efetivo funcionamento no município de Campina Grande (VIEGAS, 2009). Essa desastrosa diminuição é reflexo dos rumos que a gestão municipal vem dando a Política de Saúde, ao desconstruir esses espaços de participação, tornando-os permeados por uma intensa política partidária.

A institucionalização do SUS e suas propostas de descentralização e municipalização da Política de Saúde possibilitam uma abertura do campo de

trabalho para os mais diversificados profissionais atuarem na esfera municipal junto aos usuários, na execução e na gestão dessa Política em nível local. Assim, novas demandas são postas para esses profissionais no sentido de colaborar na construção de estratégias de efetivação de direitos e cidadania, sobretudo no que se refere aos mecanismos de mobilização da comunidade para atrair lideranças e/ou representantes no intuito de participar do processo de criação, instalação e funcionamento de canais ou instâncias interlocução entre população e instituição, mais especificamente os Conselhos e Conferências.

Algumas ações podem ser demandadas para esses profissionais no sentido de efetivação do Controle Social na Saúde, Bravo e Souza (2002) apontam: a incorporação da pesquisa acerca das potencialidades dos Conselhos e da política de extensão universitária por meio da assessoria aos diversos sujeitos sociais, tornando público o conhecimento produzido; capacitação dos representantes dos usuários para elaboração e fiscalização dos serviços e contas públicas, por meio da assessoria técnica e política cotidiana dos representantes da sociedade civil; acompanhamento dos Conselhos que, sujeitos que muitas vezes ficam a mercê da vontade política do poder público; democratização das informações acerca das questões técnicas que atravessam o cotidiano dos Conselhos; investimento nas informações sobre o financiamento e orçamento da Saúde que são entendidos como nós críticos, talvez por serem ainda considerados conteúdos muito técnicos e pouco politizados; e assessoria para elaboração de Planos Municipais de Saúde.

Essas atividades constituem demandas concretas para os profissionais de Saúde que na maioria das vezes vem sendo negligenciadas. Durante a pesquisa, verificou-se que ao invés de se dar respostas concretas às demandas através da articulação entre todos os profissionais cotidianamente, estas quando desenvolvidas ocorrem de maneira pontual e despolitizada.

Após essa breve contextualização das ESF e dos NASFs na cidade de Campina Grande/PB, adentra-se na discussão dos resultados da pesquisa, decorrentes da coleta de dados com 12 profissionais de saúde que atuam nos NASFs.

Nessa discussão, busca-se apreender a atuação desses sujeitos, que de acordo com Iamamoto e Carvalho (1993) têm dupla dimensão: na representação sobre esse fazer, expresso no discurso dos agentes envolvidos e na direção

historicamente circunscrita dos efeitos sociais dessa intervenção. É nesse sentido que se intentou desvelar sobre o direcionamento que os profissionais dos NASFs vêm dando à Participação e ao Controle Social.

3.2 O Controle e Participação Social nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de Campina Grande: (des) caminhos apontados pelos profissionais.

A elaboração desse item baliza-se na análise das falas das entrevistadas a partir de duas dimensões investigativas: a discussão os dados objetivos referentes à identificação do perfil das profissionais entrevistadas através da leitura quantitativa com uso de Tabelas e Gráficos; e a interpretação das falas dos entrevistadas mediante o uso da técnica de análise de conteúdo.

Evidencia-se que a análise qualitativa dos dados a partir da orientação metodológica de Bardin (2007) segue a lógica estruturante das perguntas do roteiro da entrevista, apensado a esta Dissertação.

Antes de iniciar a discussão dos dados empíricos, torna-se relevante registrar que no período da coleta dos dados desta pesquisa – novembro de 2012 a fevereiro de 2013. enfrentou-se várias e sérias dificuldades em razão de o período ter coincidido como o processo de eleições municipais, no qual a própria Secretária Municipal de Saúde, a Dr.^a Tatiana Medeiros era candidata do PMDB à vaga de Prefeita de Campina Grande no sentido de dar continuidade a gestão do prefeito Veneziano Vital do Rego (PMDB) que já vinha ocupando esse cargo desde as eleições de 2004 (2005-2008) e reeleito em 2008 (2009-2012).

Merece notificar que a Política de Saúde tornou-se o carro-chefe nesse referido processo eleitoral (2012) que, mesmo sucateada e desconstruída, a estratégia política era mostrar outra realidade não condizente com os retrocessos políticos sofridos na Política de Saúde do referido município.

A candidata Dr.^a. Tatiana Medeiros perdeu as eleições municipais no segundo turno para o atual prefeito Romero Rodrigues (PSDB), representante da velha oligarquia “Cunha Lima” que comandou coronelisticamente a cidade de Campina Grande durante décadas. Portanto, as eleições municipais de 2012 garantiram à citada cidade à perpetuação da cultura política mais conservadora

representada pela oligarquia familiar, que já vinha sendo urdida desde 2004/2008 pelo clã Vital do Rêgo (PMDB).

Em razão desse contexto político partidário efervescente na cidade de Campina Grande, os profissionais a serem consultados para a entrevista foram resistentes. Verificou-se que alguns profissionais apesar de aceitar participar da pesquisa, responderam as questões com receio não desvelando a realidade em que estava inserido, mediante o uso de um discurso neutro ou asséptico e, muitas vezes, de defesa da gestão municipal. Essas posturas derivam da forma autoritária como a gestão pública vem conduzindo a Política de Saúde em nível local.

Campina Grande, município no qual foi desenvolvido este estudo investigativo, localiza-se no Planalto da Borborema do Agreste Paraibano. Possui uma área geográfica de 594 km² e conta atualmente com uma população de 385.213.000 habitantes (IBGE, 2010). Detém uma posição de referência para grande parte do estado paraibano nas áreas comerciais, industriais, culturais, educacionais e no setor de serviços a ponto de se constituir a 2^a maior cidade em nível de importância, sendo superada apenas por João Pessoa, capital da Paraíba.

Campina Grande é tida como uma cidade universitária, devido ao contingente de estudantes de cidades e estados circunvizinhos que veio para cidade, impulsionado pela oferta de vagas no ensino superior. Atualmente, referido município conta com duas universidades públicas de referência no país, merecendo destaque até internacionalmente o setor tecnológico dessas instituições, além de inúmeras faculdades particulares. Por essa razão tem sido objeto de vários estudos e pesquisas nas mais diversas áreas do conhecimento.

A cidade de Campina Grande apresenta-se como *locus* da pesquisa, mas, especificamente dois NASFs. Para escolha desses Núcleos adotou-se como critério de inclusão aqueles que tivessem o maior número de profissionais compondo sua equipe, como também tivessem o maior número de ESFs vinculadas, atendendo uma maior quantidade de usuários. Conforme os dados fornecidos pela Secretaria Municipal e Saúde, optou-se por dois NASFs. Conforme já fora sinalização a localização dos NASFs não serão divulgadas, garantindo assim o anonimato dos sujeitos.

A implementação dos NASFs em Campina Grande-PB foi organizada pela distribuição nos distritos sanitários. Tal distribuição pode ser percebida na tabela abaixo, com dados fornecidos em 2012 pela Secretaria Municipal de Saúde, como também a cobertura de cada distrito sanitário (DS), o número de ESFs vinculadas em cada NASF, a população atendida por cada núcleo e o número de profissionais que compõem cada equipe.

Tabela 1 : DISTRIBUIÇÃO DOS NASFS POR DISTRITOS SANITÁRIOS EM CAMPINA GRANDE – PB.

NASF	COBERTURA DO DS	NÚMERO DE ESFs COBERTAS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE COMPOEM A EQUIPE NASF	NÚMERO DA POPULAÇÃO ATENDIDA
NASF 1	DS I	9	8	25.491
NASF 2	DS I	8	8	21.028
NASF 3	DS III	11	9	25.642
NASF 4	DS IV	9	8	24.341
NASF 5	DS V	10	8	33.451
NASF 6	DS V	11	7	21.915
NASF 7	DS VI	11	9	35.228
NASF 8	DS II	9	7	24.258
NASF 9	DS VI e II	10	8	33.592

FONTE: SECUNDÁRIA, Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, 2012.

Conforme a distribuição da tabela acima, os critérios de definição da amostra compreendeu: os NASFs que tivesse o maior número de profissionais que compusessem sua equipe, de distritos sanitários diferentes, o maior número de ESFs vinculadas. Assim, chegamos a uma amostra que compõe dois NASFs.

Percebe-se, na descrição dos dados acima, que o número da população atendida é muito grande, desproporcional ao número de profissionais que compõem as equipes desses núcleos.

De acordo com o roteiro da entrevista semiestruturada, os dados coletados foram dimensionados em três conjuntos de dados referentes ao: perfil

dos sujeitos; entendimento sobre a Saúde da Família e do NASF; entendimento sobre Controle Social.

A amostra da pesquisa compreende um total de doze entrevistadas. Cabe elucidar que no momento de levantamento de dados secundários na Secretaria Municipal de Saúde foi repassado que cada equipe NASF era composta de dez profissionais de diferentes especialidades em que dentre esses dez integrantes da equipe, havia dois fisioterapeutas. No entanto, em contato com a realidade dos dois NASFs, verificou-se que algumas especialidades já não existiam.

Como se aludiu anteriormente, as entrevistas foram realizadas com doze (12) profissionais das equipes dos dois NASFs. Esclarece-se que durante o processo de coleta de dados, dos 18 (dezoito) integrantes que compunham as equipes, 06 (seis) entrevistas não foram realizadas.

Os motivos de recusa à entrevista foram: 1 (um) profissional argumentou envolver conflitos de interesse, uma vez que exercia função de gestão na Secretaria Municipal de Saúde; 1 (um) encontrava-se em licença do trabalho; 1 (um) em gozo de férias; 1 (um) profissional não aceitou realizar a entrevista; e 2 (dois) não foram localizados após várias tentativas de estabelecer contato. Assim, dos 18 (dezoito) profissionais que compunham as duas equipes do NASF, as entrevistas foram realizadas com 12 (doze) deles.

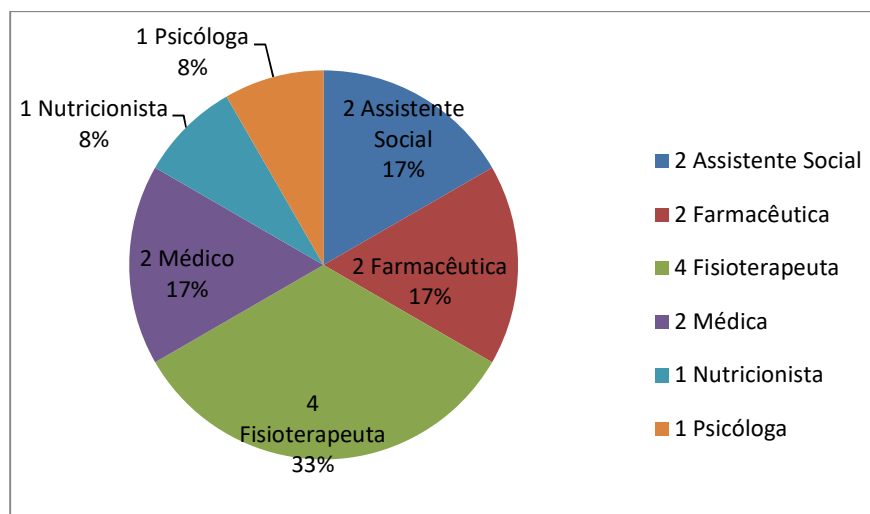
3.2.1 Traços do Perfil dos Profissionais de Saúde Entrevistados

A análise do perfil compõe-se de dados sócio-demográficos (sexo e formação profissional), educacionais (tempo de formação e titulação em pós-graduação) e funcionais (tempo de atuação no NASF e experiências profissionais anteriores).

Inicia-se a discussão com os dados referentes ao sexo dos profissionais de saúde entrevistados. Atestou-se que 100% das entrevistadas são do sexo feminino. Esse dado corrobora com diversas pesquisas sociais aplicadas no Brasil que revelam a predominância do sexo feminino nas áreas de atuação social, ou seja, em trabalhos profissionais que envolvam ações diretas na comunidade ou na prestação institucional de serviços de proteção social com a população. Ademais, em razão de a atuação do NASF envolver como um de seus princípios o cuidado e assistência, tais áreas são, na maioria das vezes,

assumidas predominantemente pelo gênero feminino. Conforme as pesquisas de Santini *et al* (2010) e de Zanetti *et al* (2010) detectaram na análise das características do perfil dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que há uma alta predominância de 85,54% e 85,2%, respectivamente, de profissionais do sexo feminino.

No tocante à formação profissional, os resultados indicam a predominância dos fisioterapeutas (33%) em relação aos demais integrantes das equipes, conforme se pode verificar no Gráfico abaixo:



Fonte: Primária. Campina Grande/PB, 2013.

Gráfico 2 - Identificação da Formação Profissional das entrevistadas

Na análise desse Gráfico, justifica-se a significância percentual das fisioterapeutas em virtude da orientação institucional de cada equipe ser composta por 2 desses profissionais. Seguem as demais formações profissionais que têm 1 em cada uma das duas equipes, tais como: médicas, assistentes sociais e farmacêuticas; e mais uma profissional da Nutrição e outra da Psicologia.

A inserção de formações profissionais no NASF está estabelecida nas Portarias que regulam essa matéria, mas, o atendimento a esses dispositivos legais tem se revestido de lutas de determinadas categorias profissionais para que essa inserção se efetive.

Os resultados seguintes discutem o tempo de formação das profissionais de saúde entrevistadas. Trata-se de um dado que vem aprofundar à questão anterior. Como se pode atestar na Tabela abaixo, os resultados apontam para predominância de 50% das profissionais que têm mais de 10 anos de formados, sendo 41,7% entre 11 a 15 anos e um com mais de 25 anos de formado.

Tabela 2- Tempo de formação profissional das entrevistadas.

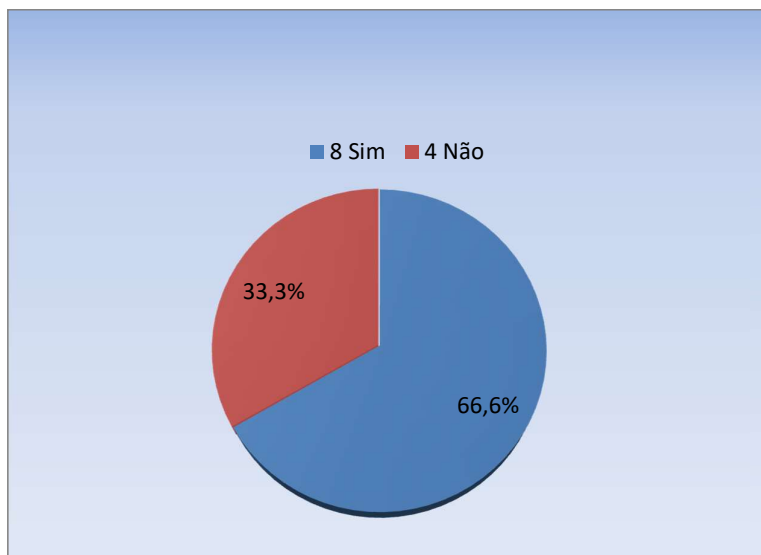
Tempo de formação	N	%
Entre 2 e 5 anos	4	33,3%
Entre 6 e 10 anos	2	16,7%
Entre 11 e 15 anos	5	41,7%
Entre 25 e 30 anos	1	8,3%
Total	12	100

Fonte: Primária. Campia Grande/PB, 2013.

Na leitura dos demais resultados dessa Tabela, constata-se que os outros 50% das entrevistadas formaram-se há menos de 10 anos, embora a maior incidência recaia entre aquelas que se formaram na faixa de 2 a 5 anos (33,3%).

O fato de ter se deparado com um percentual expressivo de entrevistadas com mais de 10 anos de formadas pode significar a existência de outros vínculos empregatícios e até mesmo de aposentadorias. Essa realidade ocorre com mais intensidade com os médicos, cuja inserção na ESF tem sido após aposentadoria.

A seguir, analisa-se a variável relativa à titulação em nível de pós-graduação das profissionais de saúde entrevistadas que apontam para a predominância de 66,6% que possuem essa titulação, conforme se comprava no próximo Gráfico:



Fonte: Primária. Campina Grande/PB, 2013

Gráfico 3- Titulação pós-graduada das profissionais entrevistadas

A predominância das entrevistadas com Pós-Graduação revela um dado deveras positivo por incidir sobre a qualidade da atuação profissional. Dentre as 66,6% das entrevistadas que afirmaram ter a Pós-graduação, titularam-se em diversas áreas do conhecimento de acordo com sua área de atuação.

A predominância de profissionais pós-graduados nas equipes ESF ou no NASF é um dado que se revela em outras pesquisas. Conforme assevera Zanetti *et al* (2010, p. 448):

Quanto à formação dos trabalhadores, há iniciativas para a realização de cursos, especializações e/ou residências, o que tende a refletir-se na atenção básica, no cuidado às pessoas e suas famílias e no seguimento da estratégia de saúde e do processo de trabalho. O estudo indica que ainda há espaço para qualificação e instrumentalização dos profissionais que compõem as ESFs, o que poderá contribuir para uma atenção de melhor qualidade às famílias e à população.

A pesquisa de Costa *et al* (2013, p.90) também indica que a maioria dos entrevistados que atua nas ESFs no estado de Minas Gerais é pós-graduada (85,3%), e, por tal razão se sente mais preparado para atuar no setor público de Saúde.

Na pesquisa realizada em Campina Grande, verificou-se que as 66,6% que correspondem a 8 profissionais que possuem pós-graduação, apresentaram o seguinte perfil: 6 têm a pós-graduação *lato sensu* (especialização) e 2 com pós-graduação *stricto sensu* (mestrado acadêmico); dentre as 6 com especialização, 4 têm mais de uma especialização, sendo 3 entrevistadas cursaram duas pós-graduações e 1 com três pós-graduações.

Na análise das entrevistas, comprovou-se que as profissionais que possuem pós-graduação, foram as que mais se destacaram no tocante a uma melhor compreensão sobre as temáticas que envolveram a ESF, o NASF e as categorias da Participação e do Controle Social.

Os resultados seguintes tratam do tempo de atuação no NASF. Com os NASF foram implantados em 2009 em Campina Grande, atestou-se que as profissionais que estão no período de até um ano correspondeu a 1% das entrevistadas; 49% no período de um e dois anos; 50% entre dois a três anos. Considerando-se que a coleta dos dados iniciou-se em fim de 2012, a maioria das entrevistadas está no NASF desde o período de sua implantação. Esse dado é relevante uma vez que demonstra a experiência acumulada dessas profissionais por acompanhar o programa desde a sua implementação aos dias atuais.

Para Martiniano (2013) a pouca experiência e a formação deficiente na área de saúde coletiva parece definir o perfil dos profissionais. Tais fatores, conforme a autora, acabam influenciando o direcionamento das ações, e, conseqüentemente, na resolubilidade ou não dos problemas da população, “visto que, a falta de perfil para o trabalho em saúde coletiva, conduz a estratégias distante da realidade dos usuarios” (MARTINIANO, 2013, p. 58).

Outra variável relevante relaciona-se à área de atuação profissional anterior. Os dados comprovam 50% tiveram experiência profissional anterior na área de Saúde Pública. Apenas em saúde pública corresponde a três das entrevistadas. Três dos entrevistadas além de atuar na saúde pública atuou anteriormente na educação, na saúde privada e no âmbito sócio-jurídico, respectivamente. Dentre as experiências profissionais realizadas na Saúde Pública, destacam-se dois níveis de atenção em que estavam inseridas: 3 na alta complexidade e 3 na Atenção Básica em Saúde. Um entrevistada teve

experiência anterior na assistência social e dois na saúde privada. Chamamos atenção para o número de entrevistadas que não teve experiência profissional anterior ao NASF (3).

Tabela 3- Áreas de atuação de experiência profissional anterior das entrevistadas.

Áreas de Atuação	Privada	Saúde Pública	Assistência Social	Saúde Pública e Educação	Saúde Pública e Jurídica	Privada e Saúde Pública	Nenhuma	Total
Nº	2	3	1	1	1	1	3	12
%	16,6	25	8,3	8,3	8,3	8,3	25	100

Fonte: Primária. Campina Grande/PB, 2013.

O fato de 50% das entrevistadas possuírem experiência anterior na Saúde Pública revela um dado positivo, ao agregar qualidade a atuação profissional.

3.2.2 Entendimento sobre a Saúde da Família e do NASF

A discussão dos dados dessa dimensão investigativa apresenta-se de forma quanti-qualitativa mediante a incidência e análise dos conteúdos das falas das entrevistadas em torno de duas categorizações temáticas: o entendimento sobre a Saúde da Família e o entendimento sobre o NASF.

Inicia-se com o entendimento sobre a Saúde da Família. Na análise de conteúdo das falas dos sujeitos, verificou-se que 8 (oito) entrevistadas sinalizaram a Saúde da Família como atenção básica ou atenção primária à saúde.

A Saúde da Família é entendida como porta de entrada do Sistema de Saúde ou o primeiro nível de atenção. Uma dessas profissionais destacou a questão do acolhimento que os profissionais devem realizar com os usuários nesse primeiro contato com a Rede de Saúde Pública e outra evidenciou a importância do vínculo com o usuário no processo do cuidado. Como demonstra a fala abaixo:

- “Eu entendo que seja a porta (de entrada) da Saúde. Assim, o começo da (atenção da) Saúde. O serviço que hoje em dia é voltado para a prevenção, onde se trabalha muito a prevenção, o cuidado de toda a família. [...] aqui é bem interessante não se estuda o paciente, se estuda família [...] Tem esse cuidado, de cuidar da família, muito voltado muitas vezes pra o preventivo. Tem essa proposta de fazer a prevenção, de fazer a Educação em Saúde”
(ENTREVISTADA 10)

Sinaliza-se que 9 (nove) entrevistadas entenderam ser a Saúde da Família um programa direcionado às famílias, e, como tal adquire um papel importante no contexto familiar.

A Saúde da Família foi também evicenciada por 3 (três) entrevistadas enquanto a atuação de uma equipe multidisciplinar, enfatizando a relevância de cada profissional da equipe mediante a concepção Ampliada de Saúde. A fala abaixo aponta para essa concepção:

- “Eu entendo como um conjunto de ação multidisciplinar, onde os profissionais trabalham em conjunto pra dar um suporte não só em termos de Saúde, ausência de doença, mas também, no contexto social, vendo o sujeito como um todo, (vendo) a família em um nível completo, no geral”
(ENTREVISTADA 8)

Duas respostas realçaram a questão da promoção e 4 (quatro) entrevistadas indicaram o sentido de prevenção no Saúde da Família. Em relação à proposta da prevenção, as profissionais ressaltaram o papel da educação e do acesso da população à Saúde como se pode visualizar na falas a seguir:

- “É dar um atendimento democrático, acessar aquela pessoa que não tinha como chegar a um Posto de Saúde, não tinha como chegar à prevenção, não tinha como ter informações sobre a Atenção Primária, sobre a questão de Educação na Saúde, higiene, levar essa informação a fim de que essa pessoa não venha adoecer. Na minha percepção, o programa principal, a meta principal do Saúde da Família é educar. Por que educando, aquela pessoa vem a ter esse acesso, ela previne a maioria das doenças”
(ENTREVISTADA 5)

- “Olha pra mim o Saúde da Família na realidade é uma coisa bem complexa, por que na realidade quando a gente fala em

Saúde da Família, fala em educação. É mais pra gente orientar, querer a melhora das famílias [...] Então o Programa Saúde da Família não é pra ficar na parte curativa, é mais Atenção Básica Primária". (ENTREVISTADA 11)

Outras 4 (quatro) respostas revelam que o Saúde da Família é um programa do Ministério de Saúde no sentido de reorganização da Política de Saúde; e outra entrevistada sinalizou que esse é um programa direcionado para o atendimento da população mais vulnerável, desconsiderando assim a proposta de universalidade que o SUS preconiza.

No tocante ao entendimetno sobre o NASF, os sujeitos discorreram sobre o papel do NASF no modelo de Atenção à Saúde do município de Campina Grande. A maioria sinalizou que o papel do NASF é o matriciamento no sentido de orientar e dar suporte as ações da ESF no sentido da prevenção e promoção á Saúde na Atenção Básica.

- "O NASF é apoio como o próprio nome diz, núcleo de apoio à saúde da família. A equipe é multidisciplinar e você trabalha apoiando a equipe do PSF. Ai a gente entra muito nesse papel educativo e preventivo, principalmente no auxílio aos grupos, quando tem um paciente mais precisado. Eu trabalho mais no (âmbito) preventivo e educativo" (ENTREVISTADA 10).

- "O NASF faz parte da Atenção Primária à Saúde, não é atenção secundária. Ele veio pra fazer essa ponte, pra ver as necessidades maiores junto com a equipe (ESF), trabalhar com a equipe que a gente trabalha pra ver as necessidades e as resolutividades" (ENTREVISTADA 9).

Como foi assinalado na fala anterior da entrevistada, o NASF não é atenção secundária. O Núcleo faz parte da Atenção Primária à Saúde, mas alguns profissionais não têm essa compreensão e entendem que o NASF é um grupo de especialistas que faz parte da atenção secundária, mostrando uma incompreensão conceitual da proposta do Ministério da Saúde, como se evidencia na fala seguinte:

- "É apoio secundário, por que o principal mesmo é o médico do Saúde da Família [...] Então aquele apoio que a Unidade Básica não vai dar que é um tratamento mais especializado. Ai a gente ajuda de uma forma que o paciente

não precise procurar um hospital [...] Então o NASF dá esse suporte, já faz com que aquele paciente do Posto seja visto por um especialista e isso desafogue a rede pública” (ENTREVISTADA 5).

Percebe-se, então, que existe uma incompreensão da proposta do NASF. Apreende-se em uma das falas que essa falta de compreensão também advém das equipes de ESFs, dificultando assim o matriciamento das equipes, como indica o depoimento seguinte:

-“Em algumas equipes essa coisa – MATRICIAMENTO - não conseguiu funcionar muito pela resistência dos profissionais das equipes do Saúde da Família, mas o objetivo principal é esse contato direto com os profissionais não só no atendimento com o usuário, mas, também a gente tá buscando junto com os outros profissionais trazer resolutividade pra aquelas famílias. Isso aí já utilizando a equipe multidisciplinar” (ENTREVISTADA 8)

Entende-se também que algumas entrevistadas fazem algumas críticas ao modelo ambulatorizado e biologicista que o NASF vem direcionando suas ações indo de encontro com as propostas da Política de Atenção Básica que busca romper com essa concepção de Saúde enquanto ausência de doença.

- “No meu ver, a gente ainda tá num contexto muito ambulatorizado, a gente ainda tá muito no modelo curativo de Saúde” (ENTREVISTADA 6).

Uma profissional entrevistada atribuiu essa falta de compreensão ao despreparo dos profissionais que passaram na seleção simplificada. Atualmente, uma das grandes dificuldades enfrentadas por esses Programas é falta de perfil dos profissionais que estão em sua linha de frente, ou seja, na comunidade. Essa falta de perfil preparado para esse tipo de atuação também se deve à formação profissional, principalmente de profissionais da Saúde que têm uma formação de cunho biologicista e não consideram os determinantes sociais do processo saúde-doença, direcionando sua atuação em apenas um atendimento direto e individual.

O conteúdo do depoimento seguinte expressa bem o que a entrevistada considera como despreparo para atuar no NASF:

- “Na minha visão, o pessoal que foi convocado pra fazer seleção não estava preparado e não tinha noção do que era o NASF. Achava que o NASF era igual ao Saúde da Família, realizar trabalho de que? Mais curativo, reabilitar, o que na realidade não é [...] Mas, infelizmente, a realidade é essa, é só curativa. O médico chegou, atendeu e vai embora, infelizmente, a realidade é essa. Só que na realidade, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF é o que? São prevenções. Estou dando um suporte, é um apoio ao PSF e NASF, trabalhar as equipes interdisciplinares pra melhorar aquela comunidade com as palestras como a gente falou, só que isso não existe. Então, o benefício do NASF hoje tá sendo mais pra atendimento, é só e mais nada” (ENTREVISTADA 11).

Em relação ao alcance dos objetivos do NASF de contribuir para reorganização e reorientação do SUS no sentido de ampliar a abrangência das ações da ESF, atestou-se que as opiniões foram bem divididas. Algumas entrevistadas apenas responderam afirmativamente; outras profissionais afirmaram que esses objetivos vêm sendo alcançados de maneira parcial.

Compreende-se nessas falas que as resolutividades das ações se dão pelo atendimento individualizado, direcionado à atuação de cada profissional, deixando de lado a interdisciplinaridade, na qual cada profissional volta-se para sua respectiva atuação, não visualizando o usuário enquanto um sujeito inserido em um contexto social mais amplo.

- “Ainda deixa muito a desejar, ainda precisa ser mais aperfeiçoado. A gente quando vai pra uma comunidade carente, a gente vê que não consegue dar resolutividade aos problemas das pessoas” (ENTREVISTADA 12).

Algumas profissionais entrevistadas foram bem enfáticas ao afirmarem quais os objetivos que não vêm sendo alcançados e apontam uma série de motivos que dificultam o seu alcance, como: a falta de estrutura física, a falta de capacitações para os profissionais, a ênfase no modelo curativo, a falta de compreensão conceitual (despreparo) da equipe da ESF, dentre outros.

-“Eu acho que ainda falta uma estrutura física. E a parte de esclarecimento do ponto de vista dos profissionais que trabalham nos Postos de Saúde. Porque como a rotatividade de médico no Posto de Saúde é muito grande, então uns

chegam e não têm aquele conhecimento do que realmente é o NASF (ENTREVISTADA 5).

-“Eu acho que o NASF tá engatinhando e não saiu da posição de engatinhar [...] A gente não atende as expectativas por conta da demanda que é demais pra uma equipe só” (ENTREVISTADA 10).

-“A gente é uma equipe de apoio e o PSF já não é um modelo que está funcionando como deveria. Não que não tenha os benefícios do PSF, tem vários benefícios do PSF em Campina Grande, mas o próprio PSF está focado no modelo curativo. em várias das ações dele. Então, acaba incluindo o NASF, sendo incluído em várias dessas ações, e, a prevenção e a promoção não estão sendo priorizadas mesmo [...] Em minha opinião, não tá ocorrendo o que deveria ocorrer mesmo que é a promoção e prevenção da Saúde. Ainda não está ocorrendo, digamos assim, em sua concretude” (ENTREVISTADA 6)

A maioria das entrevistadas revelou que a forma como os profissionais estão distribuídos atualmente nas equipes do NASF não atende às expectativas das ações propostas devido à demanda ser muito grande.

- “Não tem como desenvolver o trabalho, a demanda é muito grande e a quantidade de profissionais é pequena. É muita gente precisando de consultas especializadas”. (ENTREVISTADA 10)

- “São onze equipes pra você cobrir no meu caso, como é que você vai dar suporte? Você acha que o seu trabalho vai estar perfeito? A gente tem que ser bem honesto, eu adoro o meu trabalho, mas, eu estou sendo um excelente profissional? Não estou [...] Tem que entender que são cinco equipes e em cada uma são não sei quantas micro áreas e todos precisam de atendimento. Você acha que um paciente desse, ele vai se recuperar quando? Você tem que ser bem honesta, não é isso?” (ENTREVISTADA 11).

Algumas entrevistadas afirmam que a quantidades de equipe de ESF referenciadas pelos NASFs dificulta a realização dos matriciamentos devido ao grande número de usuarios, que esse número de ESF deveria ser revisto pela própria portaria do NASF como também pela gestão municipal. Os depoimentos seguintes identificam essa afirmação:

- “Eu acho que são várias unidades para um só NASF. Você sabe que de acordo com a Portaria pode ser até onze equipes de PSF pra um NASF. Então você imaginar que o

meu NASF vai atender uma área de quase cinquenta mil usuários? Eu não sei como é, por mais que a gente trabalhe tendo o foco da prevenção e na promoção, que é o trabalho de grupo, que é o trabalho social, coletivo mesmo. Por mais que a gente consiga atender uma coletividade boa, a gente não consegue a coletividade de onde a gente tá inserida. Eu acho que isso deveria ser revisto. Então no meu ver, eu acho que não atende, não atende as expectativas (ENTREVISTADA 6 – grifo nosso).

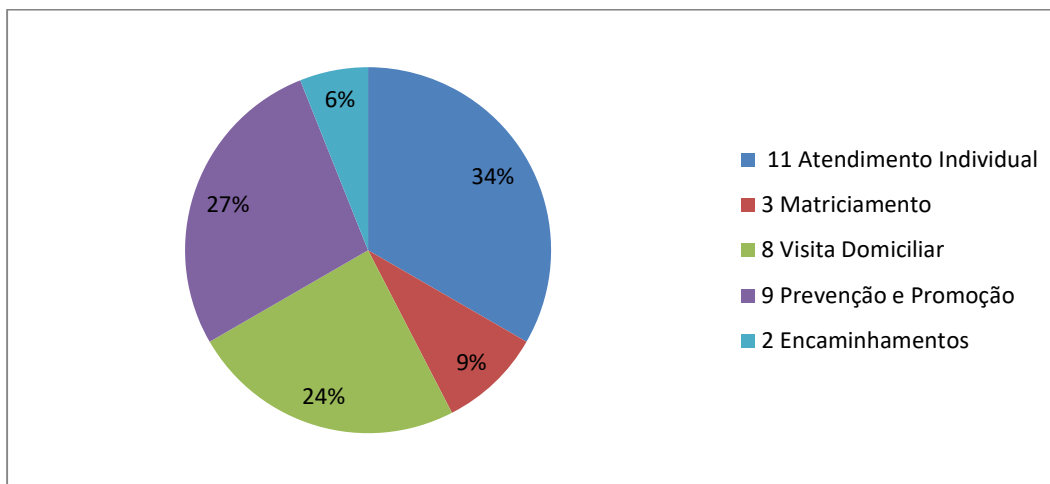
- “Espero que a próxima gestão que vai acontecer se vai ter uma visão melhor. Por que se for só por fazer, não adianta. Eu acho que a gente como profissional tem que ser realista e saber que seu trabalho não tá funcionando. O meu é um paliativo” (ENTREVISTADA 11).

Algumas profissionais distinguem a necessidade de mais especialidade nas equipes do NASF. Sobre essa questão, precisa-se refletir melhor e atentar para que o NASF não se desconfigure ao se tornar um centro de especialidades, correndo o risco de ficar no âmbito da ambulatorização. As falas seguintes manifestam essa questão:

- “A gente sente falta de um cardiologista e um dermatologista, a gente sente falta de outras especialidades” (ENTREVISTADA 7).

- “Eu acho que talvez precisassem entrar mais especialidades [...] eu acho que deveria abranger mais. Agora a questão do NASF que eu bato é isso, foi implantado de uma forma sem estrutura.” (ENTREVISTADA 5).

Os dados seguintes manifestam bem o sentido desvirtuado do NASF. Em relação as atividades desenvolvidas por essas profissionais entrevistadas, 34% destacaram a realização de atendimento individual; 27% desenvolvem atividades de prevenção e promoção; 24% fazem visitas domiciliares; 9%, o matriciamento; e 2, encaminhamentos, como se atesta no Gráfico abaixo:.



Fonte: Primária. Campina Grande/PB, 2013.

Gráfico 4 - Atividades realizadas pelas profissionais entrevistadas dos NASFs

Os dados reforçam que a atividade que vêm sendo priorizadas é o atendimento individual, comprometendo a verdadeira função do NASF que é realizar um trabalho de matriciamento com foco na prevenção e promoção à Saúde, como se percebe na seguinte fala da profissional:

- “O que a gente faz no caso é atender esses pacientes. Não era pra ser assim. Na parte social, é aquilo que eu falei anteriormente a você, é um apoio PSF e NASF, trabalhar a equipe interdisciplinar para melhorar aquela comunidade com as palestras: só que isso não existe. Então, o benefício do NASF hoje está sendo mais pra atendimento, só e mais nada” (ENTREVISTADA 10).

Outra profissional identifica que uma das dificuldades de se realizar a prevenção e a promoção à Saúde é a quantidade de usuários necessitando de atendimento clínico e individual. A entrevistada atribui essa dificuldade a grande demanda e a falta de profissionais na equipe básica do Saúde da Família, sendo assim o profissional do NASF tem que realizar também o trabalho da ESF e ao dar prioridade aos atendimentos individuais.

- “No início, a gente até que participava mais. Eu sou sincera em dizer que eu participava mais, agora estão sendo mais atendimentos. Porque como existe a falta (de profissionais) nos PSFs, os profissionais não estão presentes, então eles precisam de um apoio maior nos atendimentos, é por conta

disso [...] Então eu não posso chegar e dizer que vou fazer reunião com o Posto cheio precisando de atendimento. Eu estou vendo que eles necessitam mais de atendimento do que de prevenção e promoção. Por que pela falta dos profissionais [...] Ai o NASF fica sobrecarregado”
(ENTREVISTADA 7).

Merece abalizar que essas atividades com foco na prevenção e prevenção à Saúde são realizadas nos grupos de educação em saúde, palestras, reuniões em escolas, reuniões em Sociedades de Amigos de Bairro (SABs) e através de orientações com as famílias. Todavia, verificou-se que nessas atividades de educação em saúde, os temas discutidos estão mais relacionados ao processo saúde-doença e ligada à especialidade de cada profissional.

A formação dos grupos de educação em saúde não vem sendo priorizada principalmente pelas equipes de ESF. Temas que estimulem os usuários a refletir sobre questões políticas, econômicas e sociais não são discutidas nesses espaços. Assim, essas atividades de educação em saúde vêm se configurando de forma isolada fortalecendo ainda mais o modelo curativo.

-“A gente chega a várias Unidades e várias Unidades não têm os grupos. Então o Hiperdia, atualmente, é distribuição de medicamento. (Mas) o Hiperdia é muito maior de que distribuir medicamento e aferir a glicose de quem está em jejum. [...] Quando a gente começou a formar esses grupos (de idosos, de gestantes, etc.) começou a se veicular no PSF o sentido de que o responsável pelos grupos é o NASF, quando a gente é uma equipe de apoio [...] Quando é uma equipe de matriciamento. Então o PSF já deveria ter o grupo dele. [...] Você sabe que Saúde Mental é pouco ou quase nada trabalhada no município. Saúde Mental é dispensação de psicotrópico, só, único e exclusivamente [...] Na verdade o responsável pela prevenção e promoção, o primeiro, a porta de entrada do SUS é o PSF, deve ser o PSF “.
(ENTREVISTADA 6).

- “[...] tem o dia da vacinação, tem o dia da equipe de saúde, de Saúde Mental que é a entrega de medicação. Essa é uma vez por mês, o controle daqueles psicotrópicos, são exames [...]” (ENTREVISTADA 9)

A forma como vem sendo encaminhada a Educação em Saúde precisa ser revista. Nesse sentido, constata-se que no tocante ao processo de trabalho e as atividades realizadas, há uma prevalência do atendimento individual e das

visitas domiciliares, já que o trabalho com grupos realiza-se de forma bastante enviesada, residual e pontual.

Alguns desses grupos de Educação em Saúde são conduzidos por profissionais da área de Farmácia devido a essa compreensão medicalocêntrica de distribuição de medicamentos nesses espaços. Essa tem sido a realidade de atuação dos profissionais farmacêuticos do NASF em Campina Grande.

Vale ressaltar que as profissionais entrevistadas na área de Farmácia criticam a maneira como se organizam esses grupos de Educação em Saúde. Em novembro de 2012 o Conselho Regional de Medicina (CRM) denunciou ao Ministério Público a distribuição de medicamentos que necessita de um controle especial e, as vezes, são distribuídos sem o receituário por enfermeiros e médicos do PSF, sem a presença de um farmacêutico que seria o profissional que deveria realizar esse procedimento.

Conforme o Ministério Público, além da distribuição de forma irregular, sem a presença obrigatória de um profissional farmacêutico, os remédios estariam sendo entregues sem receita ou sem assinatura e com omissões na documentação. As receitas também não vinham sendo recolhidas pelo órgão fiscalizador da Gerência de Vigilância Sanitária (Gevisa) de Campina Grande. (G1 Paraíba, 2012, disponível em <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2012/11>).

Em razão desse fato, foi decidido no dia 13 de novembro de 2012 em audiência com o Ministério Público, a Secretaria Municipal de Saúde e os Conselhos Regionais de Enfermagem, Medicina e Farmácia que no prazo de trinta dias iriam reestruturar as ESFs no sentido de centralizar em algumas Unidades essa distribuição de medicamentos e ser realizada exclusivamente pelo profissional de Farmácia.

Assim, ficou a cargo dos farmacêuticos dos NASFs fazerem essa distribuição de medicamentos, sendo essa uma medida momentânea até a realização de um processo seletivo, destinado a contratação de outros profissionais da área para realizar tal atividade. Mas, até o fim desta pesquisa (início de 2013), essa situação não foi regularizada. Além de que as atividades de matriciamento e Educação em Saúde que esses profissionais deveriam desenvolver nos NASFs foram desviadas e comprometidas.

3.3.3 Compreensão do sentido de Controle e Participação Social das entrevistadas

Parte-se, a seguir, para a discussão dos dados referentes à compreensão das profissionais entrevistadas sobre Controle e Participação Social. Indagadas acerca do significado do termo Controle Social, detectou-se que a maioria das entrevistadas não tem tanta familiaridade com essa terminologia.

Os dados indicam que 6 (seis) entrevistadas, portanto (50%), afirmaram que o Controle Social era exercido de forma positiva no NASF. Mas, no decorrer da entrevista, percebeu-se que essas entrevistadas não entendiam o verdadeiro significado do Controle Social.

Algumas respostas direcionaram-se à participação da comunidade na fiscalização da Política de Saúde tanto nos espaços institucionalizados de participação - Conselhos e Conferências - quanto nos espaços de participação da comunidade, realçando também as questões de orientação, informação e esclarecimento dos direitos por parte dos profissionais em relação aos usuários.

- “Quando se fala em Controle Social a gente vê logo o Conselho” (ENTREVISTADA 2)

- “Controle Social e Participação Social, eu vejo como um dos princípios do SUS onde de um modo geral a população, os trabalhadores e os usuários têm que ter um controle, um acompanhamento sobre as atividades dispensadas à saúde no nosso município. Com participação nos Conselhos, com participação nas Conferências, com discussão de grupos, com formações de organizações governamentais e não governamentais, com a discussão nas próprias SABs, nos clubes de mães. Quer dizer coletivizar, digamos assim, ter esse controle, porque realmente a população não entende que quem controla, quem deveria controlar o SUS e orientar, é a própria população. É a população que custeia o SUS, independente dela ter e não ter Plano de Saúde particular. É a gente quem custeia o SUS, as ações são direcionadas à população, e, às vezes, a gente se coloca só numa posição de crítica, mas, a gente não entende que pode e deve se mobilizar de alguma forma pra poder participar mais até nas questões orçamentárias mesmo, nas questões financeiras” (ENTREVISTADA 6).

“O pouco que eu entendo por Controle Social eu acho que é a gente passar o conhecimento pra aquela comunidade onde eu estou atuando, quais são os direitos e deveres que pra ela existem O que ela pode reivindicar, o que é que ela pode procurar buscar o melhor, uma denúncia na minha área, o que é que está precisando” (ENTREVISTADA 11).

Comprova-se na fala da entrevistada, a seguir, que apesar de ela apontar a importância da população se mobilizar e reivindicar seus direitos, contraditoriamente, indica que essa participação tem que ocorrer de forma ponderada e controlada:

“Eu não sei se é porque a população é muito ordeira. Ela aceita tudo. Às vezes, eu falo até pra pacientes: eu acho que vocês deviam exigir mais [...] Então, é que a população não tá consciente dos direitos dela. Precisa se mobilizar mais, mobilizar de uma forma educada, não daquela forma agressiva, não brigar, tem que saber, tem que ir atrás. Então, eu acho que a população não luta de uma forma certa pelo seu direito, ela vai de uma forma mais agressiva, na briga, eu acho que se ela fosse de forma mais educada [...]” (ENTREVISTADA 5).

Algumas entrevistadas entendem o Controle Social como a participação dos usuários nas atividades de Educação em Saúde desenvolvidas pela comunidade. Um dado que se expressa de forma preocupante é que a maioria das entrevistadas não compreendem o sentido correto do Controle Social e, em algumas falas, atestou-se que esse Controle é compreendido no sentido de controlar e disciplinar a população.

“Tem o controle, o controle é de agendamento, não é todo mundo na semana que vem, não! É tudo agendado, tudo é agendado dentro das Unidades da Saúde [...] Então não é todo dia que se entrega medicamento. Tem todo esse controle com a população [...] Tem que ter um controle. Então é tudo agendado” (ENTREVISTADA 9).

“Eles participam, mas têm muitos usuários rebeldes, sabe? Têm uns que querem, que aceitam, mas, têm vários perfis. Tem usuário que só reclama, tem usuário que só faz detonar [...] Existe o usuário que é compreensivo, se não tem uma medicação, ele compreende, a gente conversa, existe o usuário obediente em relação a horários. Como eu te falei, uma coisa que é uma desobediência enorme” (ENTREVISTADA 10).

Detectou-se que uma profissional não discorreu sobre o Controle Social por entender que essa é uma atribuição direcionada apenas para o profissional de Serviço Social.

Uma outra profissional compreende que o Controle Social é muito importante para a Política de Saúde, mas que apesar da importância, ela é estimulada muito pouco pelos trabalhadores de Saúde.

-“A gente do NASF, eu acho, que não existe diferença quanto aos profissionais do PSF, quanto aos trabalhadores de saúde do SUS de um modo geral. [...] o Controle Social a gente exerce ainda de maneira muito escassa”
(ENTREVISTADA 6)

Algumas profissionais sinalizaram a falta desse estímulo que decorre de alguns fatores, a saber: a falta de compreensão dos profissionais do significado do Controle Social; a demanda muito grande para os trabalhadores, o que impossibilita fazer atividades de Educação em Saúde; a falta de compreensão dos profissionais das ESF sobre o verdadeiro significado da proposta do NASF; e também o direcionamento biologicista que os profissionais direcionam suas ações.

- “Eu acho que o que acontece é o seguinte: não tá muito integrado o NASF. O NASF ainda não é integrado entre os profissionais e entre a equipe do PSF, não é! Então, devia ter um entrosamento melhor, até naquela questão da gente poder fazer palestras e eventos associados com outros e chamando a população pra isso, pra esclarecer. Na realidade isso não existe ainda” (ENTREVISTADA 5).

- “Não existe, não tem tempo, mesmo que a gente queira, por que ou vai trabalhar ou vai atender” (ENTREVISTADA 11).

Quando indagadas se existe alguma preocupação com o Controle Social, verificou-se que 11 (91,6%) das entrevistadas responderam afirmativamente, mas que apesar da preocupação, esse estímulo não está acontecendo principalmente pelo número muito grande das demandas, indicando que a prioridade é o atendimento individual.

-“Lhe sou sincera, eu não estou em nenhuma atividade [...] A vida da gente é muito corrida, até pra gente mesmo a gente fica sem tempo” (ENTREVISTADA 7).

“Olha, existe no caso, o Conselho Municipal. Essa coisa de Conselho por comunidade, essa coisa a gente não tem, não existe, a gente não tem esse acesso. O que a gente busca tá diretamente com o usuário, é quando a gente tá ou no atendimento individual ou em questão de palestras que a gente traz e estimula essa participação. Seria só esse tipo de mecanismo que a gente tem, pelo menos dispõe para se utilizar” (ENTREVISTADA 8).

- “A gente se preocupa, mas a gente fala que fica muito a desejar por conta do tempo” (ENTREVISTADA 11).

Apenas uma entrevistada respondeu negativamente, como se pode perceber na fala a seguir:

- “Não, não pelo menos nas reuniões em que eu participei, eu não vi isso. Nenhuma das reuniões em que eu participei com gestão ou sem gestão, isso não é algo que é debatido, que não é nem citado, não é nem lembrado na verdade. Isso é uma coisa que eu me cobro” (ENTREVISTADA 6)

Apesar da entrevistada responder que não existe preocupação em relação ao Controle Social, comprova-se no decorrer da sua entrevista que ela se sente inquieta e cobrada em relação à devida importância que dá ao Controle Social na Política de Saúde.

Em relação as atividades desenvolvidas para estimular o Controle Social os profissionais indicaram que esse estímulo acontece mais nos grupos de Educação em Saúde através de palestras e dinâmicas. Cumpre sinalizar que durante as entrevistas, as profissionais que afirmaram estimular o Controle Social através das atividades de Educação em Saúde, constatou-se que essas atividades estão mais direcionadas para o atendimento de cada especialidade, seguindo a lógica do modelo curativo.

Quando perguntadas se existe algum profissional que tem aproximação e preocupação com esse estímulo ao Controle Social, duas entrevistadas revelaram que toda equipe se preocupa. Uma entrevistada respondeu que nenhum profissional se preocupa e muitos deles nem sabem o que é Controle e Participação Social.

Outras entrevistadas identificaram alguns dos seus colegas de trabalho que têm essa preocupação. O profissional de Serviço Social foi citado por seis entrevistadas como o profissional que mais se preocupa com o Controle Social.

- “Tem a assistente social. Ela que tá mais inserida nessa questão, ela que faz mais essa ponte [...] A questão da reunião, da divulgação, a gente vai junto. Porque o trabalho cada um faz a sua parte, não invadindo o espaço do outro, mas geralmente é em equipe” (ENTREVISTADA 9).

Há outras profissionais que também foram citadas por estimular o Controle Social, como: Fisioterapeuta (3); Educador Físico (2) e Psicólogo (1).

Chama-se atenção para uma das entrevistadas que afirmou ficar preocupada com os seus colegas que estimulam os usuários a participar e reinvidar, porque isso poderá trazer implicações negativas para eles no que diz respeito ao seu relacionamento com os gestores.

Comprovou-se que nenhuma das profissionais entrevistadas participam de espaços de Controle e Participação Social. Duas dessas entrevistadas informaram que ultimamente o último espaço de Controle Social que participaram foi o da Conferência Municipal de Saúde, em meados de 2010. Afirmaram ainda que esses espaços institucionalizados são de grande valia para um melhor funcionamento e fiscalização da Política de Saúde, em que os trabalhadores de Saúde deveriam utilizá-los mais.

- “Eu até me cobro, a participação do Conselho. Semana retrasada eu peguei o calendário do Conselho pra ir começando realmente a vivenciar essa questão do Controle Social mesmo. Por que a gente de fora realmente quando a gente não participa dessas reuniões, a gente tem uma ideia muito vaga do que é o Controle Social do SUS mesmo. Acho que só participando mesmo dá pra entender a normas, as regulamentações, as leis, como é que elas operacionalizam o Sistema, até essa questão orçamentária de recursos, entender os repasses, como é que se dão, as diferenças e as formas de financiamento do SUS. Eu acho ainda escasso, independente de NASF ou PSF, de um modo geral os trabalhadores do SUS não agem muito não [nesse espaço]” (ENTREVISTADA 6).

Como exposto anteriormente, a Política de Saúde vem sofrendo com o processo de privatização principalmente no que diz respeito à adoção desses

novos modelos de gestão. Novos espaços de Participação e Controle Social vêm se fortalecendo na conjuntura brasileira frente a esse processo.

Em Campina Grande foi criado em outubro de 2012 o Fórum em Defesa do SUS que congrega movimentos sociais, profissionais, sindicatos, partidos, grupos de pesquisa, diretórios centrais de estudantes, centros acadêmicos e demais entidades, que tem como objetivo unificar as lutas e articular ações em defesa do Sistema Único de Saúde e enfrentar essa mercantilização e privatização da saúde. Em torno dessa realidade, indagou-se às profissionais se conheciam esse novo espaço político de articulação tanto em nível nacional quanto local. Apenas uma entrevistada tem conhecimento mais aprofundado desse processo, demonstrando preocupação como vem se dando essa participação complementar do privado no SUS, como se pode atestar na fala a seguir.

*- “Eu até assinei um abaixo-assinado que me mandaram contra a privatização do HU. Eu também sou contra, aliás, a qualquer instrumento [contra] o SUS. **O SUS tá perdendo o principal, tá se perdendo, a gente tá perdendo o SUS e não tá nem notando que é na participação complementar com o serviço privado. O serviço privado tem uma função, de meramente ser complementar às ações do Sistema Único de Saúde. O que a gente tá vendo é que os espaços privados estão ganhando, digamos assim, estão direcionando algumas ações dentro do SUS, deliberando mesmo, como se a gestão não fosse a gestão do SUS, fosse a gestão do privado e o SUS que se adapte a ela.** A gente ver isso nos hospitais. É o que vai acontecer com essa privatização se ocorrer, é o que acontece em todos os hospitais. E não importa qual o hospital se tem o financiamento do SUS? Mesmo com esse financiamento, com essa complementariedade do sistema privado, na verdade, o que tá acontecendo são recepções diferentes pra quem é SUS e pra quem é privado, atendimentos diferentes, quando a gente sabe que tudo ali tá sendo praticamente custeado pelo SUS. O SUS tá enviando dinheiro, que é a gente que paga mesmo, a gente tá enviando dinheiro e no final das contas se você não tiver uma carteirinha [de convênio], você não é atendido ou não consegue” (ENTREVISTADA 6 – grifo nosso).*

Dentre as outras profissionais entrevistadas quando indagadas sobre o assunto acima referenciado, duas responderam não ter conhecimento sobre o assunto e nove responderam que conhecem parcialmente a temática abordada. Dentre essas que responderam que seu conhecimento é parcial, uma

profissional demonstrou que esse processo de privatização pode provocar dissonâncias no caráter público do SUS.

- “(...) o SUS foi criado como um exemplo de sistema público de Saúde que outros países tentam copiar. Então, no papel, o SUS é lindo e maravilhoso. Se funcionasse realmente, todo mundo ia ter direito e acesso à Saúde. Então, a privatização de um hospital como o HU, por exemplo, vai fugir totalmente da proposta do SUS. A questão de profissionais terceirizados, a questão de colocar pessoas com carta marcada, preferências, etc. Isso aí querendo ou não, é uma coisa muito provável de acontecer” (ENTREVISTADA 4).

Na fala dessa profissional, verificou-se a preocupação com o processo de precarização do trabalhador de Saúde e desrespeito à legislação trabalhista que pode vir acontecer com a adoção desses modelos de gestão. A profissional também fez uma crítica ao Sistema Único de Saúde por haver uma desconexão entre seu marco legal e regulatório e a sua prática real

Na fala de outras profissionais que afirmaram ter conhecimento parcial em relação a esse processo de privatização, se questionaram se esses modelos de gestão privada irão trazer benefícios para os usuários do SUS. Na oportunidade, sinalizaram a sua aceitação a esses modelos se realmente fossem favoráveis à população usuária no sentido de garantir e ampliar o acesso como também de garantir a integralidade das ações.

“(...) a gente já ouviu falar nessa discussão que é sempre tema de discussão que existe entre o Ministério da Saúde e as organizações. E a gente sempre tem aquela preocupação, se privatizar será que vai ser melhor? Essa é uma preocupação da gente também. Então, o que a gente quer é o melhor pra população, inclusive quando tá bom pra população, tá bom pra gente também” (ENTREVISTADA 1).

“Então, eu só vi falando dessa privatização que eu não achei legal agora. Mas, se for para o benefício da população pra que aumente o número de atendimentos, o número de cirurgias, aumente o número de profissionais de médicos especializados, por que eu digo que dentro da Saúde da Família, dentro da Atenção Primária, onde há uma necessidade enorme e a gente não tem pra onde encaminhar, que vai e volta, que bate e volta e aí não tem

pra quem encaminhar. E aí se for pra aumentar isso, que seja bem vindo”(ENTREVISTADA 9).

Na fala de duas profissionais, constatou-se suas posições que apesar de se questionarem, são favoráveis a esses modelos de gestão privatista. São discursos dúbios, ambíguos. Na verdade, demonstram um conteúdo ideológico, derivado do neoliberalismo de ineficiência do público e eficiência do privado nas esferas administrativas e orçamentárias, justificando que a crise do setor público é uma crise de gestão.

- “Eu fico mais ou menos no meio, eu acho que uma parte tem razão e a outra também. Por que assim, eu tive formação em serviço público (...) a gente nota que o serviço público não tá tendo condições financeiras de bancar, então eu acho que uma parceria, eu não sei se cem por cento, mas eu acho que uma parceria era interessante, até do ponto de vista de qualidade do ensino. Então, o que a gente percebe é que o serviço público bancado só pelo Estado, que a Saúde é muito cara e o serviço público é mal dirigido. Então às vezes uma parceria, uma parte de uma parceria que a gente chama de PP, público-privado [pode dar certo]. Às vezes, a privada tem uma visão administrativa melhor do que a pública. Então, eu acho assim, cem por cento não, eu acho que tem que ter a própria autonomia da própria Universidade, é do povo tem que ser do povo, é da gente, da gente que estuda, da gente que paga imposto. Mas eu acho que uma parceria devia se ver com bons olhos porque eu acho que ajudaria” (ENTREVISTADA 5).

“(...) Em parte eu sou a favor por que assim a gente sabe que administrar o setor público é muito difícil (...) às vezes, a gente vê que quando se privatiza ou terceiriza pelo menos a parte administrativa as coisas fluem mais (...) os Hospitais Universitários eram pra onde vinha mais verba e o pessoal que administra que é o pessoal mais culto, mas eles não sabem lidar com isso. Era para onde vinha mais verba e é onde está mais sucateado. Às vezes, a pessoa não sabe lidar com licitação, com dinheiro (...). Então por um lado eu vejo assim, quando você tem alguém de fora pra mandar, pra organizar o programa, eu acho que as coisas fluem mais (...) Deveria privatizar só a parte administrativa não total por que a medida que assim é totalmente vai influenciar nos profissionais. Eu não sou a favor de processo seletivo porque o processo seletivo não dá estabilidade ao profissional. Tenha concurso mas, que exista uma administração privatizada mesmo porque eu acho que assim as coisas funcionam, só na administração que eu sou a favor da privatização. Agora que haja concurso para os profissionais” (ENTREVISTADA 12).

Apesar de demonstrar uma posição favorável e esses modelos de gestão, verifica-se na fala da profissional uma preocupação com os impactos que esse processo trará para o trabalhador da Saúde no tocante à precarização dos vínculos trabalhistas.

O estímulo ao controle social é de fato muito importante para a participação efetiva dos usuários na política de saúde, assim quando a equipe “informa e orienta a população, uma população mais instruída é uma população mais participativa por consequência” (ENTREVISTADA 3).

Correspondente a contribuição desses profissionais para efetivação do controle social, várias são as formas como eles contribuem. A maioria das respostas (8), apontam que é através da **orientação** que eles contribuem para efetivação do controle social, informando aos usuários sobre seus direitos.

“A população quando ela participa de alguma ação que a equipe faz e orienta, ela começa a vê a importância daquilo, e ter uma resposta da população, pra equipe sempre tem uma resposta muito positiva, porque muda o dia a dia deles e pra eles isso é interessante. O papel da comunidade é primordial para o exercício do controle social” (ENTREVISTADA 6).

Para Carneiro (2007) o controle social deve, antes de tudo, ser puxado pelos membros da comunidade, uma vez que os profissionais deveriam assumir um papel secundário neste processo organizativo.

Entre esses depoimentos que apotam a orientação enquanto mecanismo utilizado para efetivação da participação, percebemos que uma das entrevistadas utiliza essa orientação de forma restrita, como forma de controlar e limitar o usuário:

“ Orientar ate onde eu sei que é um dever e uma obrigação do sistema da, do usuário, ate onde ele pode ir. Então aquela coisa, no meu pensamento minha contribuição é de informação e orientação coerente com o que pode e o que não pode[...] Então tem que haver também esse meu conhecimento, pra que eu passe pra eles, e essa é uma questão de orientação mesmo. Eu acho que minha contribuição é essa, de orientação consciente (ENTREVISTADA 10).

Percebe-se na fala das entrevistadas que o estímulo ao controle social é um grande complicador para os profissionais, onde a partir do momento que a

população reinvida, isto pode ser refletido negativamente para os profissionais. Na análise Abrantes (2008) a gestão municipal em Campina Grande não abre muito espaço para a participação da população, bem como não incentiva e o controle social.

Uma entrevistada entende como orientação, as informações relacionadas aos encaminhamentos da Rede de Serviço de Saúde de acordo com sua especialidade, priorizando assim modelo curativo.

“Eu contribuo passando as devidas orientações [...]. A gente direciona, encaminha bem pra uma UPA ou um trauma de acordo com a patologia de acordo com o caso do paciente. A gente tá ali pra isso, pra esclarecer[...]” (ENTREVISTADA 12).

Nessa mesma lógica, os **encaminhamentos** foram citados por dois profissionais como forma de contribuição para com o controle social. É importante destacar que esses encaminhamentos dão-se na informalidade, onde um profissional ao conhecer outro facilita essa ação indo de encontro à lógica do direito da integralidade da ação na saúde, desconstruindo os preceitos do SUS enquanto política pública de direito.

“Eu sempre tô procurando ligar pra uma colega pra o usuário não ficar andando de um lado para o outro [...] As marcações de consulta é muito demorada [...] se você tem conhecimento, ligue para o colega diretamente e diga: olhe dá pra você atender essa criança que eu tô precisando encaminhar? Eu sempre faço isso, sempre faço esse apoio [...] Existe casos que precisam de urgência, não é? Ai eu tenho conhecimento, por que não ligar pra o colega, pra essa criança ser atendida logo? Só por que é pelo SUS?” (ENTREVISTADA 7).

“O profissional dar continuidade ao tratamento por trabalhar em outras instituições como também pelo conhecimento de profissionais que trabalham em outras instituições e facilitam esse atendimento em outros níveis da rede de atenção à saúde” (ENTREVISTADA 5).

Nesta lógica de encaminhamentos, percebemos na fala dos sujeitos que os profissionais das ESFs quando não conseguem dar resolubilidade no problema, encaminham para os NASFs, entendendo assim esses núcleos, enquanto nível secundário da atenção. “ A partir do momento que a equipe

Saúde da Família encaminha para o NASF, e este passa a mimetizar a média complexidade, gera-se um fluxo em que não se sabe onde o NASF está inserido. Ainda assim, quando o profissional do NASF não consegue dar resolubilidade ao caso, o mesmo encaminha o usuário para a média complexidade” (MARTINIANO, 2013; p. 60).

Conforme as diretrizes do NASF proposta pelo Ministério da saúde,

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um Nasf. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do Nasf assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010, p. 8).

Para Carneiro (2007), a integralidade é um dos princípios mais valiosos na busca pela concretização de ações pautadas na ideia de saúde enquanto bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, sendo estes apreendidos em sua inserção na vida social. Considerando as múltiplas dimensões do processo saúde-doença, parte-se da necessidade de ações integrais as quais incluem prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, reconhecendo ao mesmo tempo, a relevância do setor se articular com os demais níveis de complexidade do setor, bem como atuar em parceria com outras políticas públicas.

Algumas entrevistadas (5) sinalizaram que é através do **atendimento** que eles contribuem para efetivação do controle social. Percebe-se assim ênfase no atendimento individual modelo médico-assistencial privatista, caracterizado pelo atendimento individual, curativo e de caráter hospitalocêntrico. Conforme Sampaio (2011) o apoio técnico-assistencial é frequentemente identificado nas atividades dos profissionais do NASF, priorizando assim os atendimentos individuais, estabelecendo um vínculo com o usuário assumindo assim a gestão do cuidado. Destacamos porém, que o **vínculo** com o usuário foi citado por dois entrevistadas como sendo sua contribuição para o exercício do controle social.

Uma entrevistada destacou que a priorização pelos atendimentos no NASF dar-se por conta da alta demanda reprimida, devido a carência das especialidades profissionais no município. Assim, os profissionais do NASF pautam suas ações no atendimento especializado ambulatorizado.

No que corresponde a avaliação dos profissionais acerca da participação social inscrita nas diretrizes do NASF a maioria (8 entrevistadas) 66,6 % avaliaram de forma positiva, enquanto uma forma de direcionar as ações dos profissionais, enfatizando que tais diretrizes são as mesmas que direcionam o SUS. Dentre esses que avaliaram positivamente, um profissional destacou que “sinceramente não está acontecendo (...) o termo controle social é muito novo” (ENTREVISTADA 10).

Os que avaliaram negativamente (4) 33,3% a participação social inscrita nas diretrizes do NASF, veem divergência entre a participação social da realidade de Campina grande e o que preconiza as diretrizes, identificadas nas falas a seguir.

“Eu acho deficiente ainda. Eu acho que fica bem aquém do que o ministério preconiza e do que a gente como profissional espera” (ENTREVISTADA 3).

“Tem no papel mas nada a gente consegue fazer, nem tudo, aquelas diretrizes que está no papel tem muita coisa pra ser feita” (ENTREVISTADA 7).

“Que infelizmente é bonito o que tá no papel, mas ele funciona? Não. Tá lá, tudo que tá no papel se você for olhar o SUS é uma maravilha é lindo se ele fosse, mas funciona? Infelizmente não” (ENTREVISTADA 11).

Percebe-se que os profissionais tem dificuldade em concretizar as suas ações, principalmente no que concerne ao controle social, com base nos princípios e diretrizes do SUS e de seus respectivos programas.

Dentre esses profissionais que avaliaram negativamente, algumas culpam os usuários pela sua incipiente participação, afirmando que:

A população, a participação social ainda é muito precária, a população não tem muito interesse em

parar, em sentar, em escutar, uma palavra, uma orientação, seja qual for o tema (...) hoje a equipe de saúde da família ela praticamente não faz mais educação em saúde é só assistencialismo. Por que eles não tem interesse, são pessoas assim, ate de certo termo ignorantes pra isso (ENTREVISTADA 4).

Deve-se considera que transformações societárias têm fomentado a descrença em projetos coletivos, a desmobilização, enfraquecendo as lutas sociais e afetando diretamente a participação. Conforme as afirmações de Abrantes (2008) a condução dada ao Saúde da Família pela gestão municipal, assumida pelos novos profissionais, implica na perda da cultura avaliativa, esgarçando o caráter político e de vanguarda em defesa do SUS, com ênfase na burocratização e em questões de cunho biologicista.

Os profissionais devem buscar a comunicação com os(as) usuários(as) para que aconteça a identificação de necessidades e a busca de soluções. A reflexão e o debate crítico, principalmente entre os(as) profissionais, são fundamentais para que aconteça a reordenação das ações na SF.

Quando indagados sobre as dificuldades enfrentadas no tocante a participação social, várias foram as respostas. As entrevistadas apontaram dificuldades que permeiam os NASFs como um todo.

A questão do espaço físico foi sinalizada por grande parte das entrevistadas (8), com espaços inadequados e precárias condições de trabalho, conforme depoimentos a seguir.

“ A gente não tem... O NASF em Campina Grande não tem infraestrutura alguma. Foi simplesmente uma equipe colocada na área, mas não foi se pensado em uma logística pra isso, é tipo assim se virem. Me ligam pra fazer uma visita e me dão o endereço, e eu que me vire pra chegar, eu que me vire com o carro, eu que me vire quanto acesso, nem todas as vezes o acesso é comigo eu tenho que procurar o paciente” (ENTREVISTADA 6).

“Tinha vez que as meninas ficavam dentro da copa, por que não tinha onde ficar. É uma coisa que também, que foi posto pra se trabalhar sem pensar como é que vai ficar ate por parte de gestão também (...)o Ministério idealizou jogou ofereceu a gestão a gestão quis, mas depois que quis e aí? o que é que eu faço? (ENTEVISTADA 10).

“A gente fica muitas vezes fica pela cozinha, pelos corredores, a gente não tem um local assim. Então isso, assim, é muito angustiante, ficar de bolsa pelos corredores, ficar ao... E assim, a gente sabe que isso vai ser um pouquinho difícil de mudar por que a unidade não tem estrutura pra atender ainda” (ENTREVISTADA 12).

Alude-se a precarização nos espaços de trabalho desses profissionais. A existência de espaços adequados de trabalho refletem diretamente nas ações profissionais. Cumpre destacar, que esses espaços devem estar direcionados a proposta do NASF de buscar qualificar e complementar o trabalho das ESFs de forma compartilhada, é não no sentido de espaços que visem a ambulatorização desses núcleos. É importante analisar a forma como vem se dando a expansão/ampliação dos NASFs em nível nacional. Tal ampliação deve-se desenrolar tanto na qualidade dos espaços físicos, quanto na despreciação das relações trabalhistas, para que essas equipes possam desenvolver concretamente seu trabalho com qualidade. Para resolubilidade da atenção básica, também é importante um suporte da media e alta complexidade, sendo necessário também a expansão desses dois níveis de atenção.

Outra dificuldade apontada diz respeito a questão do Matriciamento. Tal proposta visa a articulação das equipes das ESFs com a equipe dos seus respectivos NASFs na gestão integrada do cuidado priorizando o atendimento compartilhado. Percebe-se na fala dos sujeitos um grande embates entre as ESFs e os NASFs que “apesar de tá desde 2009 implantado em Campina Grande, ainda existem muitos buracos. E com isso muitas equipes de saúde da família não entendem o trabalho, critica, não sabe por que e como funciona “(ENTREVISTADA 4).

Agente não tem um fechamento consolidado com o PSF, o que é que o PSF espera da gente? o que a gente espera do PSF? (...) Se o proprio PSF não entende o que é o NASF imagine a população” (ENTREVISTADA 6).

“Conseguimos fazer pouquíssimo matriciamento. Por quê? Por que teve equipe que a gente escutou assim: ah eu não tenho paciência desse caso não. A gente escutou isso do médico [...] o formato naufragou por que muitas às vezes a equipe, não por que eu não quero ir pra matriciamento, por

que não resolve mesmo. O fato de tá além da nossa possibilidade de resolver, então eles achavam que não valia a pena o matriciamento. Essa unidade aqui eu acho que a gente nunca conseguiu fazer um matriciamento, teve equipe que a gente nunca conseguiu[...] a dificuldade também, que talvez ajuda ao menino não andar é essa resistência que a gente tem de entrar na equipe” (ENTREVISTADA 10).

De acordo com as normas ministeriais após a etapa de pactuação da proposta do NASF, deve-se ser realizado ações que busquem o planejamento do processo de trabalho, das atividades e das metas, pelos profissionais que comporão as equipes dos NASFs em conjunto com as equipes das ESFs e os usuários. Conforme análise de Martiniano (2013), não foi identificado no projeto de implantação do NASF em Campina Grande esse tipo de agenda compartilhada entre as equipes. Destaca-se porém apenas um curso introdutório, onde os profissionais sinalizaram que eixos importantes como: vínculo, acolhimento, escuta, e trabalho em equipe, não foram discutidos.

Algumas entrevistadas afirmam que essa falta de aceitação por parte das equipes de ESFs, é falta de compreensão sobre o matriciamento, idealizando o NASF enquanto representantes da gestão.

“Éramos visto como olheiros da secretaria. Na hora que botou o NASF no campo de trabalho, então teve gente que chegou pra mim assim: eu jurava que tu era uma pessoa da secretaria se passando por NASF, em missão do NASF. Pra tá tipo que tomando conta da gente aqui, investigando. É interessante que eu sempre dizia isso a minha equipe, eu disse minha gente, a gente só pode ser visto desse jeito por que é uma resistência que não justifica” (ENTREVISTADA 10).

Apesar da falta de espaços de capacitação e discussão da proposta do NASF com os atores envolvidos, na discussão de Sampaio (et al 2011), percebemos duas acepções assumidas pelos NASFs que fortalecem esse tipo de compreensão por parte da ESF. A primeira consiste no apoio político institucional onde os apoiadores tem a função de representar operacionalizando as ações pautadas no projeto político institucional. A outra acepção é o apoio gerencial administrativo, onde os apoiadores assumem a função de gerentes para solucionar os problemas estruturais e burocráticos das unidades de saúde. Conforme a autora acima citada, este modelo não tem respaldo teórico na discussão sobre matriciamento, tampouco nos documentos ministeriais. “ Esta

acepção surge da necessidade específica dos municípios em organizar questões burocráticas das unidades de saúde” (Sampaio et al, 2011). A adoção de tal medida deve-se a falta de recursos orçamentários para contratação de recursos humanos para realizar tal atividade.

Alguns profissionais (3) sinalizaram enquanto dificuldade a falta de gestão do programa.

“ A gestão é meio solta, pra ser bem sincero, se eu quiser trabalhar eu trabalho, se não, eu envio minha produtividade do mesmo jeito. E uma coisa muito descontrolada” (ENTREVISTADA 6).

A falta de educação continuada em saúde também foi evidenciada por alguns profissionais (3). “A educação permanente é um processo educativo, que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações das unidades” (CECIM, 2005). É uma forma de favorecer a formação profissional, analisando qualitativamente o processo de trabalho. São espaços de interlocução e construção de estratégias coletivas para o enfrentamento cotidiano das ações.

Para Nascimento (et al, 2010; p.95),

“O trabalho no NASF solicita que a formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação”.

Outras entrevistadas (4) elencaram a questão da precarização do vínculo empregatício enquanto impeditivo para o estímulo ao controle social.

Cumprido destacar que a forma de inserção dos profissionais do NASF não foi via concurso público, e sim indicação política. Essa forma de inserção desses profissionais influencia negativamente na forma como esses, estimulam o controle social. A precariedade do vínculo empregatício faz com que o profissional não oriente a população a buscar seus direitos. Outra questão que fica perceptível na fala dos profissionais, é a forma autoritária e perseguidora

que a gestão municipal vem conduzindo a política de saúde em Campina Grande.

Outro Profissional (1) sinalizou que uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo NASF no que diz respeito ao controle social, seria a ausência dos Conselhos Locais de Saúde. Viegas (2009) aponta um declínio desses espaços de participação no que corresponde ao seu efetivo exercício.

A totalidade das entrevistadas não tem relação efetiva alguma com esses espaços de participação social. Cumpre destacar que, em nenhuma das unidades de saúde referenciadas pelos NASFs objeto desta pesquisa, tem CLS em pleno exercício. Carneiro (2007) aponta que na experiência de implementação da SF no município de Campina Grande-PB, historicamente as equipes básicas de Saúde da Família têm estimulado a criação de Conselhos Comunitários de Saúde (CCS) nas diversas localidades onde atuam, visando à concretização do princípio do controle social, garantido no SUS de Saúde (CCS) nas diversas localidades onde atuam, visando à concretização do princípio do controle social, garantido no SUS. Percebemos assim, que atualmente a criação e funcionamento efetivo desses espaços não vem acontecendo no município em loco.

Por último, verificou-se nas falas das profissionais que inúmeras são as dificuldades que os profissionais do NASF vêm enfrentando, principalmente no que consiste a Participação e o Controle Social. As fragilidades nos vínculos trabalhistas foram enfatizadas por algumas entrevistadas devido a adoção do partidarismo assumido na Política de Saúde em Campina Grande.

- “O fato de eu ser contratada, dificulta bastante porque até a forma como você tem que demonstrar a sua insatisfação é diferente. Você tem que ir de uma maneira dosada. Tá entendendo? Você não pode falar tudo que você pensa, e quando você fala tudo que você pensa, quando você critica o modelo de gestão, eu não estou criticando Fulano de Tal ou Fulana de Tal, eu estou criticando o modelo de gestão do SUS que tá sendo implantado em determinada situação, mas em Campina não existe isso. Se você critica é porque é de uma cor e é contra a outra. Necessariamente se você é vermelho é contra azul, você é azul é contra vermelho e coisas desse tipo [...] O NASF em si, eu acho muito difícil. O NASF não tendo concursado sendo contratado, alguém do

NASF encabeçar e realmente discutir com a população é muito difícil. (...) levantar essa bandeira? Levanta nada, no outro dia pode pegar a carteira [...] (ENTREVISTADA 6)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo investigativo intentou-se trazer algumas reflexões acerca da ação dos profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no que diz respeito ao exercício do Controle Social trazendo a realidade local desses Núcleos que ainda estão em processo de implantação em todo país.

O Controle e Participação Social na Política de Saúde instituem através de seus espaços institucionalizados ou não, estratégias de participação coletiva e de estabelecimento de novas relações políticas entre governos e cidadãos, adquirindo um processo de interlocução permanente.

Como se atestou, além dos Conselhos e Conferências de Saúde - garantidos constitucionalmente - existem também os Conselhos Locais de Saúde que podem contribuir para o fortalecimento do exercício do Controle Social em nível local. A partir da análise dos dados desta pesquisa realizada em

Campina Grande-PB, comprova-se que esses importantes mecanismos de Controle Social vêm sofrendo um processo de retrocesso na atual conjuntura.

Os avanços alcançados na ESF desde a sua implantação foram ameaçados em 2005, a partir da mudança do gestor municipal, trazendo consigo uma nova perspectiva de Atenção à Saúde com ênfase no produtivismo e na mera extensão de cobertura da população no acesso à Saúde, em detrimento do modelo de vigilância da Saúde, desencadeando assim uma série de retrocessos.

Ao realizar uma avaliação na ESF em nível local, sob a ótica dos profissionais, o estudo de Carneiro (2007, p. 50) aponta que,

[...] largos passos foram dados no sentido de pressionar pela reorientação do modelo, embora diversos e amplos fossem os desafios para que isso de fato fosse efetivado. Entretanto, na avaliação das profissionais, tal quadro vem se tingindo de cores diferenciadas, sombrias: a SF de Campina Grande, na atual conjuntura, em lugar de avançar no sentido de reversão do modelo, está retrocedendo em termos das características históricas que tinha no município, sendo ainda maiores, portanto, os desafios e dificuldades que se insinuam no cotidiano das equipes. Pode-se perceber, portanto, que a decisão política de concretizar a SF no município é, sem dúvida, um passo importante.

Pretendeu-se que este trabalho investigativo tenha contribuído não só para analisar o Controle Social no NASF, mas também para uma avaliação como o Programa vem se estruturando em Campina Grande, já que a implantação desse programa pelo município ainda é recente.

Na fala das profissionais entrevistadas, detectou-se a falta de estrutura mínima para realização do trabalho dos profissionais, em que eles não têm espaço adequado para realizar suas atividades ficando a mercê do desenrolar das atividades desenvolvidas pelas ESFs para poder desenvolver as atividades do NASF.

Outro grande complicador é a falta de compreensão dos profissionais das equipes das ESFs acerca do papel do NASF, onde o matriciamento que é umas das propostas principais dos NASF não vem sendo realizado em Campina Grande. Destaca-se também a alta demanda para os profissionais do NASF, existindo, porém, na realidade local a prioridade de atendimentos individuais e

atenção curativa em detrimento das atividades de prevenção e promoção, ocorrendo, assim, uma desconexão com as diretrizes do Programa proposto pelo Ministério da Saúde.

Comprovaram-se neste estudo grandes impasses no que diz respeito à Participação e Controle Social como: não efetivo funcionamento dos CLSs; a falta de participação da comunidade; a grande demanda posta para os profissionais, o que dificulta as ações de Educação em Saúde que estimulem a comunidade a participar; como também a ausência dos profissionais nos Conselhos, merecendo destaque a falta de estímulo por parte do Governo Local à formação e estruturação desses espaços de participação.

As respostas a essas questões devem vir de um conhecimento mais detalhado da prática dos espaços de participação na Saúde, seja enquanto instrumento de denúncia, combate às desigualdades sociais e controle da gestão pública local, seja na condição de colegiados que expressam diferentes projetos de interesses e acessos diferenciados ao poder. Levando-se em consideração os descaminhos que vêm trilhando a Política de Atenção Básica em Saúde na cidade de Campina Grande-PB, vislumbra-se a necessidade de uma mudança na cultura política em busca da efetivação dos princípios propostos pela Reforma Sanitária.

O Controle Social na Saúde é um dos elementos fundantes para a consolidação dos princípios propostos pelo SUS e tem como base a organização dos usuários para lutar pelo acesso aos direitos.

Para Carvalho (1995), o Controle Social constitui uma das principais inovações da organização sanitária contemporânea, situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecendo como um constructo institucional expressivo do objetivo de democracia em Saúde, perseguido pelo processo de Reforma Sanitária.

Os profissionais de Saúde enfrentam atualmente vários obstáculos que impedem a contribuição e fortalecimento do Controle Social em Campina Grande. Um dos mais significativos são os precários vínculos trabalhistas e a resistência do Poder Executivo Municipal de expor suas decisões ao debate aberto com a comunidade.

Na atualidade, a partir das mudanças ocorridas no PSF fazem com os profissionais sintam-se desestimulados a incentivarem o funcionamento dos

CLSs, a atual administração não os reconhecem e não incentiva a realização das suas reuniões.

Enfim, identifica-se que muitos obstáculos enfrentados atualmente, são resultantes da política brasileira que trouxe o predomínio da burocracia baseada em práticas políticas patrimonialistas, cooptativas, populistas e clientelistas que não permitiram a criação de espaços de participação no processo de gestão das Políticas Sociais públicas.

Desse modo, vislumbra-se a superação desses obstáculos através da retomada da organização coletiva, no sentido da verdadeira efetivação do Controle Social na perspectiva de dar continuidade ao projeto de Reforma Sanitária brasileira, idealizado na década de 1980, sendo, porém, inconciliáveis com as propostas privatizantes, seletivas e focalistas que assolam a atual Política de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, F. M. N. **Saúde da família em questão**: uma avaliação da estratégia em Campina Grande/PB. (Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica). UEPB: Campina Grande, 2008 (mimeo).

ABREU, M. M. A relação entre o Estado e a Sociedade Civil: questão dos conselhos de direitos e a Participação do Serviço Social. *In* **Serviço Social e Movimento Social**. São Luís: EDUFMA, 1999.

AMMANN, S. B. **Participação Social**. 2º Ed. São Paulo: Cortez e Moraes Ltda, 1978.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2007

BAVA, S. C. Democracia e Poder Local. *In*: Villas-Boas, Renata. Participação popular nos governos locais. *In*: **Pólis**, São Paulo, n.14, p.3-10, 1994.

BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e democracia. *In*: **Revista Lua Nova**, São Paulo: CEDEC, n. 33, p. 7-16, 1994.

BERNADINO, F. E.; BRASILEIRO, J. A.; VASCONCELOS, K. E. L.; CAVALCANTE, L. P. & RIBEIRO, S. P. O cotidiano profissional do assistente social no programa Saúde da Família em Campina Grande *In: Revista Katálisis*, fascículo número 2, volume 08, de julho a dezembro de 2005.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. *In: MOTA, A. E. et al. (org.) Serviço Social e saúde*: formação e trabalho profissional. – 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2).

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. *In: BOSCHETTI, I. (Org.). Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

BETTIOL, L. M. **Saúde e participação popular em questão**: o Programa Saúde da Família. São Paulo: UNESP, 2006.

BOBBIO, N. **Estado, Governo, Sociedade**: para uma teoria geral da política; Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BORBA, J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. *In: Revista Katálises*. Saúde: Estado e Sociedade. Santa Catarina. UFSC. 1998.

BORLINI, L. M. Há Pedras no Caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na Saúde do Brasil. *In: Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, V.9, N2, P.321-333, Ago/Dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**/ Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em www.saude.sc.gov.br/PORTARIAS [Acessado em 27/06/2010].

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. *In: Cadernos de Atenção Básica* (n. 27). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL/Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Sistema de acompanhamento dos conselhos tem 24 estados cadastrados.** 25/05/12. Disponível pela Internet: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/25_mai_Siacs24uf_cadastra_das.html (Acesso em 07/08/14)

BRASIL/ Ministério da Saúde. **Sala de apoio a gestão estratégica.** Redes e Programas. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. [Acessado em março de 2014]. <http://189.28.128.178/sage/>

BRASIL/ Ministério da Saúde/ **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL/ Ministério da Saúde/ **PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL/Ministério da Saúde/ **PORTARIA Nº 548, DE 4 DE ABRIL DE 2013.** Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS, princípios e conquistas.** Brasília, dezembro, 2000.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado 5 de outubro de 1988.** – 35. Ed.- Brasília: Câmara dos deputados, Edições Câmara, 2012. 452 p. – (Série textos básicos; n. 67).

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** Lutas Sociais e Práticas Profissionais, São Paulo, Cortez Editora, 1996.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. *In: CEAD/UnB. Capacitação em Serviço Social e Política Social.* Módulo II, Brasília, CEAD/UnB, 2000.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez Editora, nº 88. nov. 2006.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. *In: Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012

BRAVO, M. I. S., MATOS, M. C de & ARAÚJO, P. S. X. (orgs). **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C de Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. – 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius 2011.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. Participação popular e controle social na saúde. *In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de (Org.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius 2011.

BRAVO, M. I. S; SOUZA, R. de O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. *In: Ser Social*. Nº 10. UnB, 2002.

BROTTO, M.E. **Recursos Humanos em Saúde: estratégias em implementação no município de Niterói na visão dos assistentes sociais**. 2000. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). PUC-RJ: Rio de Janeiro/RJ, 2000.

CAMPOS, E. B. Assistência Social: do descontrole ao controle social. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez Editora, nº 88. nov. 2006.

CAMPOS, E. B. MACIEL, C. A. B. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. Cortez. Editora, Nº 55, 1997.

CAMPOS, G. W. de S., Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *In: Ciência & Saúde Col*. v.4, n.2, p. 396, 1999.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *In: Caderno de Saúde Pública*. v. 23, n. 2, 2007.

CARNEIRO, T. S. **Do texto ao contexto**: uma análise da implementação da Saúde da Família em Campina Grande/PB. (Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica). UEPB: Campina Grande, 2007 (mimeo).

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: Participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, G. de C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEPAL, 2007.

CARVALHO, M. do C. A. A. Participação social no Brasil hoje. In: **Revista Pólis**. São Paulo, 1998. Disponível em www.polis.org.br [Acessado em 22/04/2010].

CERQUEIRA, L. Participação Cidadã, onde avançamos, onde emperramos? In: **Democracia Viva**. Nº 40. Rio de Janeiro, 2008.

CHAUÍ, M. de S. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CHALHOUB, Sidney. Saúde na marra (sobre a Revolta da Vacina). In: **Revista Época**, p. 142-143. Ano II, nº 100. 17 abr. 2000.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (1)-171-183, 2010.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA. **Cosems/PB participa do Seminário “Mais Médicos para o Brasil, Mais Saúde para os Brasileiros”**. João Pessoa/PB: COSEMS/PB, Junho de 2014. Disponível pela Internet: <http://cosemspb.org/cosemspb-participa-do-seminario-mais-medicos-para-o-brasil-mais-saude-para-os-brasileiros/> (Acesso em 15/08/14)

CORREIA, M. V. C. **Controle Social das políticas públicas**: limites e desafios para o serviço social. Serviço Social, trabalho, e direitos sociais. (Orgs). Maceió: EDUFAL, 2001.

CORREIA, M. V. C. A relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. Cortez Editora, Nº77, 2004. p. 149-175.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORREIA, M. V. C. O controle social na política de saúde brasileira frente às orientações dos organismos financeiros internacionais. In: **Revista Sociedade em debate**, Pelotas, 13(2). P. 121-136, jul-dez./ 2007.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CORREIA, M. V. C. O controle social e o protagonismo das classes subalternas: fundamentos no pensamento de Gramsci. In: **Anais do Seminário Internacional Gramsci e os Movimentos Populares**. Núcleo de Estudos e pesquisas em filosofia, política e educação- NUFIFE. 2010. Disponível em www.nufifeuff.org. Acessado em agosto de 2011.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius 2011.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. In: **Sociologias**, n. 7. Porto Alegre, jan/jun. 2002.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

COSTA, Simone de Melo *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. In: **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Abr-Jun; 8(27):90-6.

COUTINHO, C. N. **GRAMSCI**. Coleções fontes de pensamento. Porto Alegre: L e PM, V. 2. 1981.

COUTINHO, C. N. Entrevista com Carlos Nelson Coutinho. In: **Revista Caros Amigos** (Nº 153) Dezembro de 2009. Disponível em www.carosamigos.terra.com.br acessado em dezembro de 2012.

DAVI, J. et. al. Carga tributária e política social: considerações sobre o financiamento da seguridade social. In: **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. Ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1997.

DIAS, E. F. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: **O outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3): p. 743-752, [S.L.] 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um modelo destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In: MERHY, E.E. et al. O trabalho na saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 26. n. 60. p. 118-122. Jan/Abr. 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *In: Cadernos de Saúde Pública*. V. 20, n. 6. Rio de Janeiro, nov/dez.2004.

GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOHN, M. da G. **O protagonismo da sociedade civil. Movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2. Ed. São Paulo, Cortez, 2008.

GOMES, C.M.C. O caráter reificado da modalidade de enfrentamento da questão social no campo contraditório de negação e afirmação de direitos. *In: FORTI, V. (Org.). Direitos Humanos e Serviço Social: polêmicas, debates e embates*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

GUIMARÃES, E.D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande**: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde. (Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande/PB, 2006.

HARTZ, Z.M. de A. Pesquisa em Avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *In: Revista Divulgação em saúde para o debate*. n.21, Rio de Janeiro: Ediuoro Publicações, 2000.

HARVEY, Davi. **Condição Pós-moderna**. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, M.V. e CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico – metodológica. 9ª Ed. São Paulo: Cortez, 1993.

KRUGER, T. R. **Os fundamentos ideó-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de pós-graduação em Serviço Social. 1998.

KRUGER, T. R. O desconhecimento da Reforma Sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. In: **Planejamento e Políticas Públicas**. Nº22 - Dezembro de 2000- p. 120- 144. Disponível em WWW.ipea.gov.br Acessado em 08/06/2010.

KRUGER, T. R.; SOUZA, A. V. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. In: **Revista Saúde Pública**. Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, Jan./Jun. 2010. Disponível em esp.saude.sc.gov.br Acessado em 08/06/2010.

JAMESON, Fredric. **Pós-modernismo**: a lógica cultural do capitalismo tardio, Ática, 1996.

LABRA, M. E. **Existe uma política de participação e controle social na saúde?** Contribuições para um debate urgente. Rio de Janeiro: Cebes; 2007. Disponível em: www.cebes.org.br [Acessado em 05/11/2009].

LANDERDHAL, M.C. et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): p.2431-2436, [S.L.] 2010.

LIMA, F. E. B. C. de. **Controle Social no contexto do Programa Saúde da família em Campina Grande/PB**: um estudo acerca das concepções dos profissionais. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família) - UEPB, UFPB/ NESC, Campina Grande/PB, 2006.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. In: **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MACHADO, Ednéia Maria; KYOSEN, Renato Obikawa. Política e Política Social. In: **Serviço Social em Revista** (vol.3-Nº1). Londrina: UEL, 2000. Disponível pela Internet: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n1_politica.htm (Acesso em 12/08/2014)

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio*. São Paulo, Nova Cultural, 1982.

MARTINIANO, C. S. et al. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Contexto da Organização dos Serviços de Saúde: elementos para o debate. In: **I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade**. 2010, Natal-RN. p. 1-12. Acessado em 20/10/2011. Disponível em www.cchla.ufrn.br.

[MARTINIANO, C. S.](#); SAMPAIO, J. et al. **Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família.** Revista de enfermagem. UFPE online, 2013. Acessado em 28/01/2013. Disponível em www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar editores, biblioteca de ciências sociais, 1967.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MEDEIROS, R. B. **Saúde e Gestão Democrática:** uma análise crítica sobre os conselhos de saúde. RECIIS-R. *In: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde.* Rio de Janeiro, V4, nº 2, p. 9-14, jun, 2010.

MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanços e perspectivas. *In: Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009.

MERHY, E. E. Planejamento ascendente: será que os municípios tem algo a dizer sobre isto, para montagem do SUS? *In: Saúde em Debate.* Londrina: CEBES, n. 39. jun, 1993.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública.** Vol. 9. N. 3. Rio de Janeiro, jul/set, 1993.

MIOTTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em um contexto multiprofissional:** um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. (Projeto de Pesquisa) UFSC/ CNPq. Florianópolis, 2004.

MIOTTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In:* autoras (orgs.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

MONTAÑO, C; DURRIGUETTO, M. L. Estado, classes e movimento social. – 2. Ed. – São Paulo, Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de serviço social; v. 5).

MONTEIRO, M. G.; FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.30, n.73/74. maio/dez. 2006.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, A. E. A centralidade as assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2009, p.133 a 146.

MOTA, A. E. Conciliações e Contradições entre Assistência Social e Trabalho: o impacto do bolsa família. In: MOTA, A. E. (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: UFPE, 2010.

MOTA, A. E. A centralidade as assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2009, p.133 a 146.

MOTA, A. E. Questão Social e Serviço Social: um debate necessário. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2009, p.21 a 57.

MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: UFPE, 2010.

MOTA, A. E; MARANHÃO, C. H; SITCOVSKY, M. As tendências da política de Assistência Social, o SUAS e a formação profissional. In: MOTA, A. E. (org.). *O Mito da Assistência Social*: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.180-198.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca básica de Serviço Social; v.1).

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde**. Adaptação do texto apresentado no seminário "O choque teórico", promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991. (mimeo). Disponível em www.opas.br [Acessado em 27-05-10].

NOGUEIRA, V. M. R. A Importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. In: **Katálisis**. n. 3. Florianópolis, EDUFSC, 1998.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na Reforma do Estado Brasileiro**: construindo uma nova agenda. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. Disponível em WWW.fenepas.org.br [Acessado em 22/05/2010]

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperialista. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, M. da L. *et al.* **Introdução à economia**. 10º Ano. Lisboa: Texto, 1994.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistências. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 476-477.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. *In*: Org) MATTA, Gustavo Correa. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, nº 12, 2007.

PANIAGO, M. C. S. Capital, controle social e participação autônoma dos trabalhadores no capitalismo em crise. *In*: **Revista Katálisis**, v. 15, n. 1, p. 122-130, jan/jun.2012.

PEREIRA, P. A. Estado, regulação social e controle democrático. *In*: BRAVO, I. S.; PEREIRA, P.A. (org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

RAICHELIS, R. Assistência Social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. *In*: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 56, p. 77-96, 1998.

RAICHELIS, R. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais**. *In*: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

RAICHELIS, R.. **Organização e gestão democrática das políticas sociais**. *In*: Programa de capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UNB Centro de educação aberta, continuada a distância, 2000 p. 59-70.

RAICHELIS, R. **Democratizar a gestão das políticas sociais** – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. *In*: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. *In*: BRAVO, M. I. S. [et al]. Org. **Política de Saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para saúde. 2 Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RIBEIRO, S. P. F. et al. O Cotidiano Profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. *In*: **Revista Katálisis**. Serviço Social: contribuições analíticas sobre o exercício profissional. Santa Catarina. UFSC. 2005.

RICHARDSON, R. J.; PERES, José Augusto de Souza et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SADER, E. Para outras democracias. In: Santos, B.S. (org.) **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 649-678.

SALVADOR, E. Crise do capital e socorro ao fundo público. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTINI, Stela Maris Lopes; JEDLICZKA, Julia Ricetti Skronski; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakai. Perfil dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família em Municípios de Pequeno Porte de uma Regional de Saúde do Paraná e suas Condições de Trabalho. In: **Anais do CONSAD**. Brasília, Ministério do Planejamento, 2010.

SANTOS, J. **Neoconservadorismo pós-moderno e serviço social brasileiro**. São Paulo. Cortez. 2007.

SANTOS, N. R. Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A & TEIXEIRA, Ana Cláudia C. (org). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis, 2000. 144p.

SANTOS, P. F. B. B. dos. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande/PB à luz da história oral temática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2004.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1987.

SILVA, A. A. As relações Estado – sociedade e as formas de regulação social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 2. Brasília, UNB/CEAD, 2000, p.55-7.

SILVA, J. P. V. da; LIMA, J. de C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária brasileira. In: VENÂNCIO, Joaquim (org). **Textos de Apoio em Política de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Técnica de Saúde. 2005.

SILVA, N. R. G.. A participação da comunidade na gestão escolar: dádiva ou conquista? In: **Revista de Educação**. p.21 a 30. Volume 9, Nº 9 (2006). Disponível em www.sare.unianhaguera.edu.br [Acessado em 12-05-2010]

SILVA, V. R. da. (org). **Conselhos municipais e poder local**. Pelotas: Educat, 1998.

SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, M.J.M. DA; VASCONCELOS, K.E.L. **Conselhos Comunitários de Saúde: espaços de ampliação da democracia participativa?** Campina Grande, 2005. Mimeografado.

SIMIONATTO, I. A influência de Gramsci no Serviço Social brasileiro. In: **Revista Trilhas**, v.2, p. 7-18, jul. 2001.

SIMIONATTO, I. **Gramsci, sua teoria.** Influência no Brasil, incidência no Serviço Social. São Paulo-Florianópolis: Cortez/UFSC, 2004.

SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. Políticas de Saúde: do projeto formal à prática concreta. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 44. São Paulo: Cortez, 1994.

SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. M. R. Pobreza e Participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXII, nº66, p.145-164, jul./2001.

SITCOVSKY, M. Particularidades da expansão da assistência social no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **O mito da assistência social: ensaios sobre estado, política e sociedade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 1991.

SOUZA, Alina Maria Almeida et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília, OPS, 1991.

SOUZA, R. de O. Participação e Controle Social. In: SALES, A. P.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Org.). **Política social, Família e Juventude**. São Paulo, Cortez, 2006, p 167-187.

SPOSATI, A. et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, E. C. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2001.

TEIXEIRA, M. J. de O. O Programa de Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia**. 5. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. Ed. São Paulo: Cortes, 1995.

TOLEDO, C. N. de. As esquerdas e a redescoberta da democracia. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Anos 90 Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 127-136.

TONET, I. Do conceito de Sociedade civil. *In: Democracia ou Liberdade?*- 2 Ed. Maceió; Edufal. 2004.

VASCONCELOS, A. M. Relação teoria/prática: o processo de assessoria e consultoria e o Serviço Social. *In: Revista Serviço Social e Sociedade* Nº 56. Editora Cortez- São Paulo, mar/1998.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas de saúde. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* – 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, K. E. L.; SILVEIRA, S. A. S; CARNEIRO, T. S; COSTA, C. M. O. S. Serviço Social e estratégia saúde da família: contribuições ao debate. *In: Revista Serviço Social e Sociedade.* Nº 98. São Paulo: Cortez, 2009.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2º Ed Rio de Janeiro: Revan – UCAM, IUPERJ, 2000.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. Discussão sobre a gestão social: conceitos e protagonistas. *In: Serviço Social em Revista.* (Vol. 16- nº1) Londrina: UEL, 2013. Disponível pela Internet: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17973/14621> (Acessado em 12/08/14)

WOOD, E. M. **Democracia contra o capitalismo:** a renovação do materialismo histórico. Tradução Paulo Cezar Castanheira. São Paulo: Boitempo, 2011.

WOOD, E. M. Capitalismo e Democracia. In: BORÓN, A. [et. al]. **Democracia e imperialismo em tempos de globalização** A teoria marxista: problemas e perspectivas. Tradução Rodrigo Rodrigues. Buenos Aires. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Disponível em <http://biblioteca.clacso.edu.ar//clacso/formacion-virtual/20100715073000/boron.pdf> Acessado em outubro de 2012.

ZANETTI, Tatiele Galli *et al.* Perfil Socioprofissional e Formação de Profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. *In: Ciência e Cuidado da Saúde.* 2010 .Jul/Set; 9(3):448-455

Sites consultados

Arquivos marxistas na internet www.marxists.org

Biblioteca Latinoamericana de Ciencias Sociales <http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Blog pela saúde <http://pelasaude.blogspot.com.br/>

Departamento de atenção básica/ Ministério da saúde. <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>

Frente Nacional contra a privatização na saúde <http://www.contraprivatizacao.com.br/>

Google books - livros disponíveis online <http://books.google.com.br>

Gramsci <http://www.acesa.com>

Jornal Carta Maior <http://www.cartamaior.com.br>

Revista Radis <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/>

Jornal da Paraíba <http://g1.globo.com/pb/paraiba/index.html>

ANEXO A

**Certidão de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências em
Saúde/UFPB**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 25/09/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “AVALIAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB” da Pesquisadora Juliana Viegas de Albuquerque Baracho. nº 0346/12, CAAE: 05863912.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812
CEP 58051-900 – João Pessoa – PB - ☎ (83) 3216 7791

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____ cidadão brasileiro, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Concepções e práticas do Controle Social no SUS: a perspectiva dos profissionais da atenção básica em saúde de Campina Grande-PB”, sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana Viegas de Albuquerque Baracho.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pela pesquisadora, de que:

- 1- A pesquisa se justifica pela necessidade de avaliar o Controle Social sob a ótica dos diversos profissionais da atenção básica em saúde de Campina Grande-PB.
- 2- Os dados são coletados através das seguintes técnicas e instrumentos: observação com registro em diário de campo; pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; observação participante e entrevista semi-estruturada, com gravação realizada em MP3, previamente consentida pelo entrevistado.
- 3- Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável- JULIANA VIEGAS DE ALBUQUERQUE BARACHO- durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo endereço: Avenida Floriano Peixoto, 1695. Jardim Tavares- Campina Grande/PB. Telefone: (83) 33421561/(83)99184401. Email: juliana-viegas@hotmail.com. Assim, poderá também entrar em contato com o comitê de ética e pesquisa do CCS/UFPB. Endereço: Campus I- Cidade Universitária- Bloco Arnaldo Tavares- Sala 812- 1º andar- CCS. Telefone: (83) 32167791. Email: eticaccsufpb@hotmail.com.
- 4- Conforme a Resolução 196/96, V: **“Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade”**. Cumpre destacar que nesta pesquisa o risco não é previsível, mas ocorrendo algum risco, desconforto ou constrangimento, serão sanados ou minimizados pelo pesquisador responsável.
- 5- Cumpre destacar o disposto na Resolução CNS 196/96, que sinaliza que quando TCLE for composto por mais de uma página, deve ficar expresso que a primeira deve ser rubricada e a segunda assinada, tanto pelo sujeito da pesquisa como pelo pesquisador responsável.

Participante

Pesquisador Responsável

- 6- Em se tratando dos benefícios, destaca-se a possibilidade de vir a contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a problemática e oferecer elementos para os profissionais que atuam na área.
- 7- Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
- 8- Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
- 9- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora.

Campina Grande _____ de _____ de _____ .

Participante

Pesquisador Responsável

Apêndice B

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

PESQUISA: Concepções e práticas do Controle Social no SUS: a perspectiva dos profissionais da atenção básica em saúde de Campina Grande-PB.

PESQUISADORA: Juliana Viegas de Albuquerque Baracho.

A pesquisadora do projeto acima identificado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba- UFPB assume os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares na execução deste projeto.
- 4- Caso os sujeitos sintam a necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone: (083) 33421561.
- 5- Ao final da pesquisa os sujeitos envolvidos na pesquisa terão livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora.
- 6- A pesquisa não apresenta riscos. Em se tratando dos benefícios, destaca-se a possibilidade de vir a contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a problemática e oferecer elementos para os profissionais que atuam na área.

Assinatura da Pesquisadora

Campina Grande, 2012

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

PESQUISA: Concepções e práticas do Controle Social no SUS: a perspectiva dos profissionais da atenção básica em saúde de Campina Grande-PB.

PESQUISADORA: Juliana Viegas de Albuquerque Baracho.

Eu _____ RG: _____

asseguro que li e entendi os termos deste documento, aceitando submeter-me aos cuidados do pesquisador na realização deste trabalho, bem como concordo com minha participação nesta pesquisa. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

Campina Grande, _____.

ASSINATURA DO (A) ENTREVISTADO (A)

ASSINATURA DO PESQUISADOR

Roteiro de entrevista- Profissionais dos Núcleos de apoio a Saúde da Família (NASF)

Nome:

Formação:

Possui pós-graduação? Se sim, qual?

Função:

Tempo que desempenha a função:

Tem experiência anterior com saúde pública? Se sim, qual?

Compreensão do Saúde da família e do NASF

- 1- O que entende por Saúde da Família?
- 2- Qual o papel do NASF no modelo de atenção a saúde no município?
- 3- Em sua opinião os objetivos do NASF de contribuir para a reorganização/reorientação do SUS e ampliar a abrangência das ações da ESF bem como sua resolutividade estão sendo alcançados no município? Por quê?
- 4- A forma como os profissionais estão distribuídos atualmente nas equipes atende as expectativas das ações propostas para o NASF?
- 5- Como se configura o seu processo de trabalho no NASF? Quais as atividades que você realiza?

Controle Social

O que você entende sobre o controle social?

- 1- Como você avalia a relação dos profissionais do NASF no que consiste a participação e o controle social?
- 2- Existe uma preocupação da sua equipe com o controle e participação social?
 - 3.1 – Se Sim, quais as atividades, estratégias e mecanismos desenvolvidos e estimulados?
- 3- Existe algum profissional da equipe tem mais relação com o controle social? Qual?
- 4- Você participa de algum espaço de participação e controle social?
- 5- Você tem conhecimento dos novos espaços de participação e controle social (ex: Frente Nacional contra a privatização da saúde)? Qual sua opinião acerca desses espaços?

- 6- Qual a sua contribuição enquanto profissional do NASF para com o controle social?
- 7- Qual a sua avaliação acerca da participação social inscrita nas diretrizes do NASF propostas pelo Ministério da Saúde?
- 8- Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelas equipes do NASF no que consiste a participação social?

Conselhos

- 1- Qual a relação do NASF com o conselho de saúde no município?
- 2- Você participa das reuniões do Conselho de Saúde?
- 3- Nas unidades em que atua tem conselho local de saúde?