



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**BRUNO GONÇALVES GAVIÃO**

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA: a experiência do  
Conselho Local de Saúde no bairro Pantanal - Florianópolis/SC**

Florianópolis  
2019

**BRUNO GONÇALVES GAVIÃO**

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA: a experiência do  
Conselho Local de Saúde no bairro Pantanal - Florianópolis/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Doutora Maria Regina de Avila Moreira.

Florianópolis  
2019

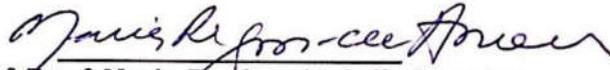
BRUNO GONÇALVES GAVIÃO

**CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA: a experiência do  
Conselho Local de Saúde no bairro Pantanal - Florianópolis/SC**

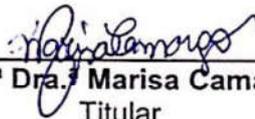
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Florianópolis, 27 de junho de 2019.

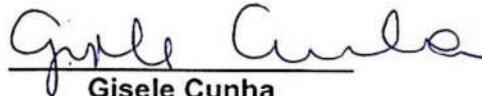
**BANCA EXAMINADORA:**



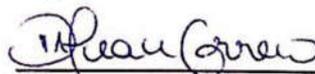
**Prof.ª Dra.ª Maria Regina de Avila Moreira**  
Orientadora  
Departamento de Serviço Social - UFSC



**Prof.ª Dra.ª Marisa Camargo**  
Titular  
Departamento de Serviço Social - UFSC



**Gisele Cunha**  
Assistente Social  
Prefeitura Municipal de Florianópolis



**Prof.ª Dra.ª Dilceane Carraro**  
Suplente  
Departamento de Serviço Social - UFSC

A memória dos meus avôs  
- que me inspiraram na luta da vida cotidiana,

Aos meus pais e irmã  
- que me fortaleceram no acesso à educação,

E a todos (as) que lutam e defendem o SUS e a educação pública, gratuita e de  
qualidade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço àqueles que participaram da minha trajetória universitária nesta graduação que se encerra:

À minha família, pelo primeiro acesso ao ensino superior público; a minha mãe Idalina, que começou a trabalhar aos seis anos no campo de algodão impossibilitando de prosseguir nos estudos, mas que me inspira nas lutas travadas pela vida e na valorização das oportunidades na educação; ao meu pai José, que saiu dos campos de café para a cidade grande, em busca de melhores condições de vida para nossa família; a minha irmã Patrícia e ao recém nascido sobrinho Guilherme, que nos alegram em ver a família crescer.

Aos meus ancestrais: avó Alzira, baiana de Ilhéus, mulher batalhadora, mãe solo de 12 filhos; avó Maria, dos povos originários detentora do poder das ervas, mãe de 13 filhos; avô Nelson que no seu último ano, um tanto perguntava de Maria, mas logo já se esquecia. Faleceram enquanto estive distante de suas cidades para realizar esta graduação, mas que sempre me abençoaram por onde fosse.

Ao meu companheiro Guilherme pela paciência e empatia nos desafios da convivência; aos meus sogros, Julita e Paulo e ao cunhado Henrique, pelo acolhimento na família.

As companheiras Luisa, Luana, Aline, Carmel e Mayara e demais membros do Centro Acadêmico Livre de Serviço Social e da ENESSO, que estivemos unidos e organizados em defesa da categoria estudantil de Serviço Social.

À Gisele Cunha, querida assistente social orientadora de campo, que dividiu seus conhecimentos e experiências favorecendo minha formação profissional. Aos colegas do Conselho Local de Saúde e membros da Unidade Básica de Saúde do Pantanal, Carmen, Sandra, Marilda, grupo de cantoria e demais, que me acolheram.

Por fim, à Universidade Federal de Santa Catarina, que mesmo conservadora, burocrática, ainda sim pauta o compromisso de ensino, pesquisa e extensão público e de qualidade. Ao Departamento de Serviço Social, que sempre estiveram atentos às questões estudantis.

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente,  
direito garantido não se compra e não se vende!”  
(palavra de ordem)

“Quem não se movimenta não sente as corrente que o prende”  
(Rosa Luxemburgo)

GAVIÃO, Bruno Gonçalves. **CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA: a experiência do Conselho Local de Saúde no bairro Pantanal - Florianópolis/SC.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2019.

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso em Serviço Social é resultado do debate sobre o controle social e participação democrática, a partir da experiência do Estágio Supervisionado em Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando da discussão sobre a necessidade de uma nova infraestrutura para a Unidade Básica de Saúde (UBS) para o bairro do Pantanal - Florianópolis/SC. Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica e aborda questões sócio históricas do controle social instaurado no Sistema Único de Saúde (SUS). Analisa-se de forma qualitativa a participação do Conselho Local de Saúde (CLS) no bairro citado, como instrumento de disputa hegemônica e na correlação de forças entre Estado e sociedade civil na reivindicação de suas demandas. Nesse processo, analisamos a contribuição dos (as) assistentes sociais na produção do conhecimento e no campo de atuação, enquanto intelectuais orgânicos com função conectivo-organizativo na produção da hegemonia entre Estado e sociedade civil, a partir da perspectiva gramsciana.

**Palavras-chave:** Controle social. Participação democrática. Sistema Único de Saúde. Estado e Sociedade Civil. Serviço Social.

## ABSTRACT

This Social Work undergraduate thesis consists in the experience of supervised internship in Social Work on the Support Core of Family Health (NASF), which the objective is to discuss the necessity of a new infrastructure for the Basic Health Unit (UBS) for the Pantanal neighborhood in Florianópolis/SC. It is a documental and bibliographic research, and approaches socio historical issues of social control instated on the Unic Health System (SUS). It analyzes in a qualitative way the participation of the Local Health Council (CLS) on the Pantanal neighborhood, as an instrument of hegemonic dispute and correlation force between State and civil society, in the claim of their demands. On this process, we analyze the contribution of social workers production of knowledge and actuation field, being organic intellectuals with connective-organization functions in the production of hegemony between State and civil society.

**key-words:** Social Control. Democratic participation. Unique Health System. State and civil society. Social Work.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitária de Saúde  
APP - Área de Preservação Permanente  
CDS - Conselho de Desenvolvimento Social  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CCPan - Centro Comunitário do Pantanal  
CLS - Conselho Local de Saúde  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social  
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
ESP - Escola de Saúde Pública  
FHC - Fernando Henrique Cardoso  
FMI - Fundo Monetário Internacional  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OS - Organização Social  
PACS - Programa de Agente Comunitária de Saúde  
PM - Polícia Militar  
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PSL - Partido Social Liberal  
PT - Partido dos Trabalhadores  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

## LISTA DE IMAGENS E TABELAS

|   |      |
|---|------|
| Modelos médicos.....                                    | p.24 |
| Espaço cedido pelo CCPan a Unidade Básica de Saúde..... | p.33 |
| Obra da UBS abandonada pela SMS e empreiteira.....      | p.41 |
| Entrega da UBS.....                                     | p.46 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 11 |
| <b>1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA O CONTROLE SOCIAL</b> .....                                    | 16 |
| 1.1 ANTECEDENTES À CONSTITUIÇÃO DE 1988: A EMERGÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL.....                                       | 17 |
| 1.2 A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: DO “PACTO” ATÉ OS TEMPOS ATUAIS.....   | 22 |
| <b>2 O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO ESTADO E DA SOCIEDADE CIVIL: O CASO DO BAIRRO PANTANAL</b> ..... | 29 |
| 2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DO BAIRRO PANTANAL.....   | 31 |
| 2.2 AÇÕES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO PANTANAL NA REIVINDICAÇÃO DA NOVA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....              | 35 |
| <b>3 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AO DEBATE DO CONTROLE SOCIAL</b> .....  | 46 |
| 3.1 APONTAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL AO CONTROLE DEMOCRÁTICO.....   | 47 |
| 3.2 PRÁTICAS E DESAFIOS PROFISSIONAIS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CONTROLE SOCIAL DO SUS.....                          | 52 |
| 3.3 CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO PANTANAL.....                                      | 55 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 59 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 62 |

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso em Serviço Social, que trata do tema controle social e participação democrática, parte da análise da experiência de Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, durante os semestres de 2017.2, 2018.1 e 2018.2 na Escola de Saúde Pública do município de Florianópolis/SC em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), atuando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde, mediante a portaria GM nº 154, 24 de janeiro de 2008.

O estágio em Serviço Social proporcionou a participação na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos distritos sanitários centro, sul e norte do município, pertencente ao bairro do Itacorubi, Pantanal, Córrego Grande, Saco Grande e Costa da Lagoa; e possibilitou a participação no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselho Local de Saúde (CLS) do bairro Pantanal, espaço de exercício democrático e profissional do Serviço Social.

Diante de um compromisso ético-político profissional e enquanto membro da Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO), e partindo do compromisso da universidade com a comunidade na formação de Ensino, Pesquisa e Extensão. Os motivos que levaram a escolha do tema é em prol da classe trabalhadora e em defesa de seus direitos, assim como das políticas públicas e do direito.

A questão inicial desta pesquisa busca responder “Qual a autonomia na participação do CLS pertencente ao bairro do Pantanal?” O recorte histórico é a participação do CLS Pantanal pela nova sede da UBS. Assim, adotamos proposta metodológica que busca realizar a contextualização histórica do processo da participação da sociedade civil do bairro Pantanal no município de Florianópolis, na defesa da garantia da qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A metodologia adotada foi a partir da abordagem qualitativa que segundo Minayo (2001) nas ciências sociais se preocupa com um universo significativo, que não pode ser quantificado, como motivos, aspirações, valores e atitudes, correspondente a relações e fenômenos que não são operacionalização de variáveis.

Como terminologia, adotamos neste trabalho, o termo controle social, como na lei do SUS, quando se trata da participação na política como mecanismo de ação

e legitimação da ação do governo; e, controle democrático quando se trata da perspectiva política adotada pela profissão do Serviço Social, para problematização das estruturas de poder. Até porque:

Na teoria política, o significado de 'controle social' é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado (CORREIA, 2008, p.104).

Assim, realizamos uma pesquisa documental como aponta Lakatos (2003) estes constituem geralmente a fonte mais verídica de dados, pois diz respeito a atos individuais, ou, da vida política, do municipal, estado ou nação. Porém a autora alerta que o pesquisador não exerce controle sobre a forma que estes documentos foram criados, assim para utilizá-lo deve selecionar o que lhe interessa e preparar o documento, interpretando-o e comparando; diretamente nos relatórios das reuniões do CLS e do CMS, preparando um dossiê, em conjunto com ofícios protocolados que apontam de que forma ocorreu a participação do CLS Pantanal na reivindicação da sua principal demanda, que é a infraestrutura da UBS.

O trabalho investigativo consistiu na sistematização das memórias de reuniões e assembleias entre a comunidade e servidores, que tiveram como objetivo discutir a necessidade de uma nova infraestrutura para o bairro do Pantanal. Portanto, com a necessidade de localizar os documentos, houve um trabalho em conjunto da conselheira local de saúde do bairro, Carmen Mary de Souza Souto, que é moradora do bairro e conselheira local, distrital e municipal de saúde, de recuperação a esses documentos que se encontravam com antigos conselheiros, devido a falta de espaço físico na UBS para a acomodação dos documentos do Conselho.

Os documentos que foram encontrados são referentes ao período do ano 2011 a 2018, período que Carmen Souza Souto iniciou sua participação como conselheira. Memórias anteriores a este período, exceto a primeira relatoria de formação do CLS do ano 2000, não foram encontradas. Houve contato com conselheiras que participaram no CLS em anos anteriores a este período, mas não o conheciam.

O recorte de pauta “a nova UBS do bairro”, foi selecionada por ser o motivo principal do surgimento do CLS. Contudo o estudo pode ter lacunas como toda pesquisa documental que é sujeitada a extravio, ou, não houve reunião, ou não foi elaborado relatório; bem como todo material documental é passível de interpretações daquele/a que a lê e escreve.

No entanto os documentos sistematizados, ao todo 56, relatam o processo de decisões e atitudes que o CLS Pantanal tomou perante a nova UBS. Para a sistematização dos documentos foi necessário fotografá-los e organizá-los, salvar em plataforma e disponibilizar ao CLS.

Do ponto de vista da fundamentação teórica o debate se deu a partir do referencial gramsciano, especialmente para avaliar o Estado, sociedade civil, hegemonia e intelectual orgânico para o debate interno no Serviço Social. É a partir da perspectiva teórica de Gramsci, que foi possível avaliar a relações de força que atuam nesse processo histórico da sociedade civil do bairro pantanal, captando as possibilidades de autonomia para a participação.

Já com a análise dos documentos, propõe-se problematizar a relação da estrutura e superestrutura, para que se possam apropriar as relações de forças que compõem a história. Até porque nenhuma sociedade se põe tarefas cujas soluções ainda não estejam em condições necessárias e suficientes, ou que pelo menos não estejam em via de aparecer e se desenvolver como algo a ser resolvido; bem como, nenhuma sociedade se dissolve, antes de ter desenvolvido suas formas de vida implícita em suas relações (GRAMSCI, 2017).

As classes dominantes, ou seja, burguesas, têm o interesse na hegemonia do Estado, na qual criam aparelhos para isso, como por exemplo, ao desmobilizar os movimentos sociais transformando as suas lutas e formas organizativas, o que fundamenta o Estado educador do consenso.

Os Conselhos de direito, como o da saúde, são espaços de disputa pelo processo hegemônico do Estado e Sociedade Civil, bem como tomam características de fortalecimento do capital, como instrumentos de educação desta hegemonia, sendo estes descentralizados e burocráticos, com disputas de poder, como o caso da saúde, busca da hegemonia pelo modelo sanitarista como direito universal, contra o modelo médico privatista.

Partindo desses conceitos, o trabalho em tela faz uma análise do impacto na política do SUS, com enfoque na Lei nº 8.142/1990, que determina o controle social

e a participação da sociedade civil na gestão do SUS. A lei propõe a participação em conselhos e conferências do SUS, de 50% de participantes usuários e 50% de representantes de governo, trabalhadores da saúde ou prestadores de saúde; contudo mesmo com a paridade na participação, existem espaços deliberativos, como conferências, reunião dos conselhos em âmbito municipal, estadual e nacional, e espaços consultivos, tais como o CLS, objeto deste estudo, e conselho distrital de saúde, como o caso de Florianópolis, bem como as pré-conferências em saúde.

Importante ressaltar que os espaços dos conselhos de políticas públicas não se enquadram enquanto neutros ou homogêneos, pois existem disputas, a partir de seus representantes, com interesses conflitantes com o rumo da política social, tais como interesses privados, clientelistas, corporativos e dos sindicatos. Como (CORREIA, 2013) aponta, o controle social é resultado da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil.

Para a exposição o TCC está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a política de saúde no Brasil, contextualizando a transição democrática na saúde; o Projeto de Reforma Sanitária como fundador do movimento pela saúde como direito e de defesa da participação; a Constituição Federal de 1988, para contextualizar a formação dos espaços histórico e sociopolítico do controle social. A discussão da participação popular na política de saúde tem seu auge a partir das iniciativas do movimento da reforma sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como temática “Democracia é saúde”, que segundo Arouca (1986) conseguiu romper com ideais conservadores, partindo para uma concepção de saúde ampliada, onde a sociedade encontra-se em ciclos de desenvolvimento.

O conceito de controle social remonta diversos significados no período histórico. A Constituição Federal de 1988 marcou no princípio legal da democracia para a saúde, pois define o Controle Social como participação da sociedade na elaboração, fiscalização e implantação das políticas públicas; A Carta Magna retoma os princípios da democracia republicana burguesa, e é consolidada a Lei orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90) e consolida os Conselhos e as Conferências de Saúde (Lei nº 8.142/90)

No primeiro capítulo também é retomado a crise do capitalismo e seu impacto no controle democrático, diante de uma reforma administrativa adotada na segunda

década de 1990, durante governo Fernando Henrique Cardoso (1995). Assim adotamos a perspectiva teórica de Gramsci, visto que há uma constante disputa no SUS pela hegemonia, do projeto sanitaria, que parte dos princípios social-democrata de saúde como direito; em contrapartida ao projeto privatista, propondo saúde como mercadoria.

A participação da comunidade na gestão do SUS é consolidada pelos Conselhos federais, estaduais, municipais e locais de saúde, que se tornam espaços compostos pela representatividade e diálogo entre a sociedade civil, propondo melhorias aos serviços de saúde conforme as demandas das organizações, por um espaço democrático nas decisões da política de saúde.

Considerando como o espaço do controle social da sociedade civil, o Conselho de Saúde tem o compromisso de fortalecer a sociedade organizada, expressa pelos Movimentos Sociais, para dar sustentação à representatividade da sociedade, através de capacitação permanente de conselheiros de saúde, retomando a consciência sanitária na ação individual e coletiva, com o objetivo de reforçar a saúde como direito em uma conjuntura de ameaça neoliberal no Estado. Adotando a perspectiva de Gramsci, de Estado ampliado na dimensão da hegemonia e do consenso, ou seja, Estado como instrumento de coerção e consenso e de suas lutas de interesses (SIMIONATTO, 2004).

Os espaços de participação da política local de saúde são os Conselhos, estes que são ocupados pela sociedade civil, gestores e trabalhadores do serviço de saúde em âmbito nacional, estadual, municipal e local. Assim, a coleta de dados para apontar como foi realizada a participação do CLS no CMS na busca da nova infraestrutura da UBS, vem através de uma pesquisa documental nas relatorias dos Conselhos, a qual aponta falas das representações comunitárias do bairro e quais são as respostas de gestores, assim como análise dos ofícios encaminhados à gestão municipal, na busca de efetivação da infraestrutura ideal para os trabalhadores e usuários da saúde do bairro.

Diante da concepção de controle social e seu papel no Estado burguês, o segundo capítulo trata da sistematização dos dados das relatorias do CLS do bairro pantanal, qual indica a realidade local do controle social do SUS, na reivindicação da sociedade civil do bairro pantanal pela infraestrutura da UBS do bairro.

Por fim, o terceiro capítulo retoma a contribuição do Serviço Social ao debate do controle democrático. Quando se trata de práticas democráticas,

(VASCONCELOS, 2016) aponta que os (as) assistentes sociais precisam romper com práticas conservadoras, sem reproduzir o processo alienante do trabalho, que historicamente buscamos romper pelo acesso aos bens e serviços, e que resultem em um processo educativo, por uma ação consciente e planejada. Aqui adotamos a perspectiva do controle democrática, como horizonte político para um novo projeto societário.

## **1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA O CONTROLE SOCIAL**

Neste capítulo apresentamos a trajetória histórica da política de saúde no Brasil na particularidade da formulação do conceito de controle social adotado pelo SUS. Para isso, é fundamental situar a emergência da participação da comunidade, antecedente à Constituição Federal (1988), bem como o movimento da reforma sanitária, como principal mecanismo de luta pela saúde universal e gratuita no Brasil.

Para análise da saúde, adotamos a perspectiva de que as políticas sociais são perpassadas pela luta de classes, com sua necessidade atrelada ao desenvolvimento monopolista do capitalismo, ou seja, as políticas sociais são criadas como mecanismo de mediação entre Estado e sociedade civil.

A partir do referencial teórico do marxista italiano, Gramsci, em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, pode-se inferir que o 'controle social' acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o 'controle social' sobre o conjunto da sociedade. Assim, o 'controle social' é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças (CORREIA, 2009, p.68).

Como Netto (2011, p.33) sinaliza, “as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas”. A intervenção do Estado por meio das políticas sociais, como Teixeira (2011, p. 21) relata, são pautadas em duas categorias: a primeira, das

necessidades da política social como resultante da expressão da Questão Social estabelecida pela contradição capital e trabalho, ou seja, para manutenção da exploração da mão de obra; segundo, pela luta da hegemonia.

[...] a fórmula da “revolução permanente” própria de 1848, é elaborada e superada na ciência política com a fórmula da “hegemonia civil”. Ocorre na arte política o que ocorre na arte militar: a guerra de movimento torna-se cada vez mais guerra de posição; e pode-se dizer que um Estado vence uma guerra quando a prepara de modo minucioso e técnico no tempo de paz. A estrutura maciça das democracias modernas, seja como organizações estatais, seja como conjunto de associações na vida civil, constitui para a arte política algo similar às “trincheiras” e às fortificações permanentes da frente de combate na guerra de posição: faz com que seja apenas “parcial” o elemento do movimento que antes constituía “toda” a guerra, etc. (GRAMSCI, 2017, p. 24).

No sentido da luta pela hegemônica, Iamamoto (2007) aponta a política social como instrumento de mediação necessária para o atendimento das necessidades sociais dos segmentos da classe trabalhadora. Ou seja, a política social torna-se o principal campo de disputa da sociedade civil pela hegemonia de seus interesses.

Partindo deste entendimento, a saúde no Brasil como política social, é fundado um campo de disputa, ora por interesse do Estado burguês defendendo a privatização, ora pela Sociedade Civil defendendo o direito como universal, gratuito, de qualidade e dever do Estado. Contudo, essa participação da Sociedade Civil se modificou e tomou novas características com o processo sócio histórico da política de saúde no Brasil a qual pretendemos tratar aqui. Até porque, é no terreno da contextualização sóciohistórica que se podem indicar tendências e perspectivas para ampliação ou limitação do controle social.

## **1.1 ANTECEDENTES À CONSTITUIÇÃO DE 1988: A EMERGÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL**

No período do século XX, afirma Campos (2006) ocorreu um rompimento do consenso de saúde pública, quando “os problemas coletivos (epidemias e vigilância e regulamentação de aspectos da vida econômica e social que interessam à coletividade) e a doença e seu tratamento eram assuntos privados”, e a saúde aos

“pobres e desvalidos”, aqueles sem trabalho formal, organizado pela filantropia.

Com o socialismo real, advindo dos partidos socialistas e socialdemocratas, teve um projeto de construir um bem estar social [...] tendo como base: direito universal à saúde e financiamento público pelo Estado; organização de uma rede de serviços, com vista à atenção integral; hierarquização e regionalização dos atendimentos. Tal desenho teve sistematização em 1920 por meio do Relatório Dawson na Inglaterra. Muitos países adotaram, com exceção ao Estados Unidos, que insistiu na separação da saúde pública e mercado médico (CAMPOS, 2006, p.134-135).

No Brasil, o modelo burocrático-autoritário, inaugurado pós o golpe de 1964, segundo Bravo (2011, p.54-56), “significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo”. Sobre isso, a autora lembra Netto (1989), que embasado em Florestan Fernandes, sinalizou que a estratégia para os países da América Latina, era de internacionalizar o capital e com um discurso moral anti-socialismo para imobilizar os movimentos contrários ao governo.

O momento expressou forte autoritarismo e repressão e Netto (1989) afirmou que a ditadura militar retoma as tradições da sociedade, apresentando a “heteronomia”, exclusão e as soluções “pelo alto”, ou seja, um Estado mediador dos conflitos sociais, favorecendo o interesse do grande capital. Com isso, os grandes banqueiros, empresários, comerciantes e latifundiários, nacionais e estrangeiros, conseguiram amplo espaço de conversação e decisões nas esferas federais.

No âmbito da saúde, nesse período, tratavam apenas as doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira, com a responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. Ou seja, a saúde se caracterizava consonante aos interesses capitalistas burgueses, sendo oferecido somente àqueles trabalhadores urbanos e registrados, minoria na época e ainda hoje, cuja única finalidade é de garantir a mão de obra dos (as) trabalhadores.

Diante das péssimas condições de saúde e vida da população brasileira, se deu início a um processo de participação ativa contrária ao período autoritário e em defesa da saúde como direito, Silva (2011) descreve que esse

[...]processo se iniciou em meados dos anos 1970 e teve como liderança intelectual e política, o autodenominado “Movimento

Sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Gerschman (1995) avalia que este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. Foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária Italiana. De acordo com Fleury (1989), o projeto reformador sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do setor público de saúde (SILVA, 2011, p.120).

Neste período, a acumulação do capital entrava em contradição com os desejos democráticos nacionais e populares. Desta forma a burguesia necessitou assegurar o seu desenvolvimento com um projeto na direção da sociedade, apelando pela antidemocracia e dependência financeira internacional. Medida que levou ao golpe de estado como desfecho da crise de uma força de dominação burguesa no Brasil (NETTO, 1989), gestada pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento, cuja base era a industrialização pesada, e as modalidades de intervenção, articulação e representação das classes e suas frações no sistema de poder político.

Durante a década de 1970, houve uma ascensão da produção teórica em saúde coletiva no Brasil, enfrentando as ações curativas, comandadas pelo setor privado e estabelecendo saúde como dever público. Neste momento também houve o fortalecimento da sociedade civil (BRAVO, 2011) com as entidades preocupadas com as questões populares, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias. Na saúde, o principal movimento é denominado de Reforma Sanitária, segundo Arouca (1989):

Discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que [...] estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUCA, 1989, s/p).

Contudo, em 1973 a classe operária protagoniza seu papel social e político na disputa da hegemonia, e o Estado obrigou-se a expandir as políticas sociais, em face às tensões sociais estabelecidas. O Estado utilizando o binômio repressão-assistência, desenvolve políticas sociais a fim de regular a sociedade e suavizar as tensões sociais e legitimar o regime autoritário. Das medidas adotadas à política assistencial criou:

- Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- Sistema Financeiro de Habitação (SFH), para a aquisição de casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação;
- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

A rearticulação dos movimentos sociais pressionando o governo de Geisel (1974-1979) foi momento chave da alteração do regime militar, instaurando o fim do Ato Inconstitucional 5, levado a diversos grupos da sociedade civil, com a expansão do pensamento progressista dentro do parlamento, exigindo retorno ao estado de direito. Segundo Bravo (2011, p.67), “[...] um dos movimentos políticos mais destacados desse período foi o da anistia. Surgiu em meados da década de 1970 e congregou diversas correntes políticas de oposição, desfalcadas de quadros por prisão e/ou exílio”.

A relação da saúde com o sistema previdenciário (1964) estabeleceu uma dependência da compra de serviços médicos privados, onde a indústria da saúde monopolista teve seu fortalecimento no Brasil consoante ao projeto liberal, segundo Bravo (2011), a área de saúde passou a assumir uma diferenciação que foi orientada por valores, tais como a lucratividade e o controle da força de trabalho:

No contexto pertinente ao Brasil, segundo Teixeira (2011, p. 27), desde o início dos anos de 1970, acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde: a) a extensão da cobertura previdenciária, abrangendo a quase totalidade da população urbana e parte da população rural; b) a reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo; c) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade, conduzindo à mercantilização e ao empresariamento da medicina por meio da alocação preferencial dos recursos previdenciários para a compra de serviços dos prestadores

privados; d) a viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos (LUZA, 2018, p. 41).

Em período de agravo das condições de vida da população e crise sanitária, com o aumento das epidemias de meningite, urbanização desordenada, entre outros, o governo priorizou a questão social, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, com o objetivo de uma política social que distribuísse as rendas. Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, que estabeleceu como instituição nacional a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), antes vinculada à presidência da república (BRAVO, 2011). No mesmo ano criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), a fim de assessorar as políticas sociais.

Em 1974 tornou-se evidente a crise do regime, com elevada dívida externa, alta taxa inflacionária, aumento da taxa de mobilidade e falta de emprego. Assim, evidenciou uma tensão social levando ao efeito da população brasileira, com o reaparecimento dos movimentos sociais urbanos, rurais, profissionais, estudantis, sindicais, de imprensa, religiosos e outros. O regime instaurado não estabeleceu hegemonia, o que levou segundo Bravo (2011), a criação de canais de mediação do Estado para legitimar a dominação burguesa.

Em 1975, houve a elaboração do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que ocorreu em momento de luta interna no setor público, com expansão do pensamento progressista em contrapartida ao setor privado. Segundo Bravo (2011) o projeto repudiava a filosofia liberal, que tirava a responsabilidade do governo e passava para a iniciativa privada. No mesmo ano houve a V Conferência Nacional de Saúde, de forma restrita, a qual teve como tema o Sistema Nacional de Saúde, cuja Lei n.6.229/1975 havia sido promulgada pelo Congresso em regime de urgência. Segundo Bravo (2011), nesta conferência foi discutida a teoria da medicina simplificada e da participação da população para obter ações integradas na saúde, bem como a necessidade de expansão de cobertura em saúde nas áreas rurais, além de seus programas tradicionais (imunizações, vigilância epidemiológica e materno-infantil). Assim,

Neste cenário, importa situar a criação do Ministério de Previdência e Assistência Social (1974) – responsável pela assistência médica governamental; a Lei do Sistema Nacional de Saúde que sacralizou a

dicotomia do sistema, dando ao Ministério da Saúde caráter eminentemente normativo e a responsabilidade por ações na área do interesse coletivo, e dando ao Ministério da Previdência e Assistência Social a responsabilidade pelo atendimento médico individualizado. Nisto, vale registrar que, em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), visando modificar a estrutura técnico-gerencial da Previdência Social. Deste momento, ficou em evidência o reforço, por meio da Previdência Social, do modelo privatizante. Ao mesmo tempo, construiu-se a possibilidade de discussão das ações governamentais de saúde dentro dessa nova ordenação institucional, o que viabilizou a elaboração de programas através dos quais o Movimento Sanitário, com habilidade política, “foi experimentando suas propostas de forma localizada e marginal”. As principais diretrizes desses programas foram: utilização da rede pública para uma atenção integral; introdução de mecanismos de planejamento na administração dos serviços; introdução da perspectiva da cogestão entre os órgãos públicos; participação dos profissionais e da população no controle da gestão dos serviços (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2011, p. 215).

Importante destacar que nesse período as práticas representativas dos sindicatos profissionais da saúde, que favoreceu o desdobramento da ampliação de espaço na política de saúde, levaram à ampliação da luta pela saúde em conjunto com movimentos populares de bairro e periferia urbana e favelas, luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde. Bravo (2011) destaca que alguns eventos na área da saúde do trabalhador foram essenciais, bem como a formação de Conselhos Locais de Saúde, em 1970 iniciados na zona leste de São Paulo. Ressalta também o I Encontro popular pela saúde, em 1980 no Rio de Janeiro, organizado pela Associação de Moradores (Famerj), favelas (Faferj) e entidades representativas de profissionais de saúde; bem como a Campanha da Fraternidade “saúde para todos” realizada em 1981.

## **1.2 A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: DO “PACTO” ATÉ OS TEMPOS ATUAIS**

O período considerado como “Nova República”, buscou em moldes do Fundo Monetário Internacional (FMI), um *Pacto Social*, que segundo Oliveira (1985), foi pautada por uma questão tecnocrata, com o desejo de cooptação dos movimentos sociais, tornando-os participativos, proporcionando uma trégua social entre setores

ligados ao capital e trabalho, como caso da saúde, pois a classe trabalhadora necessita de saúde para vender sua mão de obra.

Em período histórico de discussão do retorno da democracia, torna-se questionável estes interesses “democráticos” de uma gestão estatal a partir da democracia institucional burguesa, que apesar de incentivar a participação da sociedade civil, possui linguagem e termos que requerem um conhecimento político e legislativo que impossibilita a participação ativa da comunidade nas deliberações, ocasionando a perda de sentido da participação e tornando-a mais como fiscalizadora do Estado:

Para Florestan Fernandes (1985 p.20-21), a “Nova República” “não rompeu com o passado, remoto ou recente. Não combateu de frente a ditadura. Contornou-a e prolongou-a”. Procurou avançar em direção ao “mudancismo”, mas as mudanças propostas “envelheceram e se esvaziaram depois de mais 20 anos de calamidade ditatorial”. Buscou alianças “populistas”, mas foi “manietada por seu conteúdo ambíguo e por suas impulsões conservadoras”. Procurava obter o apoio popular, mas desmobilizava ao mesmo tempo a prática democrática do movimento operário e sindical, bem como de outras forças populares. Confundiu cooptação com democracia. Para agradar o grande capital, pretendeu destroçar as empresas estatais e semi-estatais (BRAVO, 2011, p. 102).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, convocada pelo presidente, teve como temática: saúde como direito e à cidadania; formulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a partir dos princípios de descentralização, universalização e participação, definindo os papéis da união, estado, municípios e territórios na prestação dos serviços de saúde; por fim, Financiamento setorial (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987, *apud* BRAVO, 2011).

O relatório final da conferência, para Luza (2018) embasada em Gomes (2014), além de propor a implantação do SUS, previu também a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, tendo como principal atribuição a defesa das propostas constantes no relatório em tela junto à Assembléia Nacional Constituinte. Sendo assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, caracterizou-se como uma espécie de “pré-constituente”, conforme já mencionado, decisiva para a elaboração do capítulo referente à saúde no âmbito da Constituição Federal de 1988.

Neste mesmo ano foi convocada a Assembléia Nacional Constituinte, que marcou o processo de transição política e da organização do poder do Estado e sociedade civil. Segundo Bravo (2011, p. 99), houve avanço na cultura democrática no Brasil “[...] a sociedade, apesar de precariamente organizada, mobilizou-se em certos setores e colocou no espaço público da política suas opções a respeito de questões cruciais”.

Em 1988, o país se encontrava em uma crise econômico-social (BRAVO, 2011), com alto índice de inflação, sem investimentos e queda do salário real, mas também uma crise política, com a incerteza da administração governamental, uma crise de legitimidade dos partidos políticos.

A Assembléia Constituinte, segundo Bravo (2011, p.115) “transformou-se numa arena política”, dois blocos polares disputavam o conceito de saúde: grupos empresariais, “com liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais)”. Em contrapartida ao sistema privado, o movimento da Reforma Sanitária “contou a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregiar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor”.

Na correlação de forças existentes na “Nova República”, correspondem a projetos político-ideológicos para a sociedade, com peso privatizante da saúde, em contraposição à saúde democrática. Três concepções antagônicas para a saúde são pautadas por Rodrigues Neto (1985, p. 11-13). Essas propostas eram:

**Quadro 1: Modelos médicos**

| <b>PROPOSTA CONSERVADORA</b>  | <b>MODERNIZANTE/<br/>PRIVATISTA</b>   | <b>RACIONALIZADORA</b>   |
|---|---|--|
| “defendia basicamente a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social - proposta sustentada, principalmente, pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos. (BRAVO, 2011, p. 107-108).” | “apontava para uma modernização do setor com regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados. Contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e inserida no mercado de trabalho, | “supunha a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, e o setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessas direções foram ensaiadas e seus efeitos podem ser considerados expressivos e |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>competindo ao Estado as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial. Era defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde. (BRAVO, 2011, p. 107-108). “</p> | <p>estimuladores, dependendo, para sua efetivação, de condições que só haveriam de ser oferecidas por um governo democrático, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade dos serviços. Era defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como Reforma Sanitária. (BRAVO, 2011, p. 107-108).”</p> |
|--|--|---|

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com o desfecho do texto aprovado na constituinte, segundo Teixeira (1989), as principais questões da saúde foram: a garantia do direito universal à saúde, acabando com a discriminação entre segurado e não segurado da previdência; saúde como questão pública; criação do SUS “integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade” (BRAVO, 2011. p. 115); participação da rede privada como complementar, através de contratos.

A Carta Magna retoma os princípios da democracia republicana burguesa e, a partir dela em 1990 é consolidada a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90). Houve um marco no princípio legal da democracia para a saúde, pois em conjunto com a Lei do SUS, definiu o controle social (Lei nº 8.142/90) como participação da sociedade na elaboração, fiscalização e implantação das políticas públicas.

Diante do cenário de luta por uma saúde como direito universal, a Lei nº 8.080/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. (BRASIL, 1990, p.1). Bem como, a Lei nº 8.142/1990, que dispõe “sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da

saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p.1) que institucionaliza a participação social na saúde, criando o espaço dos conselhos de direito. Assim,

[...] conclui-se que o controle social poderá acontecer via políticas públicas. Desta forma, o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2006, p. 6).

Nos termos de Gramsci (2017), esse mecanismo funciona como consenso da sociedade, embasado em Hegel sobre associações e partidos como “privado” ao Estado. Afirma que o governo organiza esses espaços para um consenso organizado, assim como “educa” esse consenso por meio dos sindicatos e associações. Considerando como espaço público do controle social, o Conselho de Saúde tem o compromisso de fortalecer a sociedade organizada, expressa pelos movimentos sociais, para dar sustentação à representatividade da sociedade, através de capacitação permanente de conselheiros de saúde, retomando a consciência sanitária na ação individual e coletiva, com o objetivo de reforçar a saúde como direito.

O Brasil viveu nos anos 1990, consequências de uma opção política que levou à adoção do ajuste neoliberal em todas as suas dimensões econômicas e sociais. Para Luza (2018, p. 33-34), o fortalecimento da sociedade civil por meio do projeto neoliberal para o desenvolvimento de estratégias de reestruturação do capital, tem se configurado numa proposta de “reforma” do Estado, especialmente no que se refere à descentralização; termo utilizado para designar o repasse da execução de serviços considerados como não exclusivos para a sociedade civil como esfera pública não estatal, denotando forte forma privatizante e conservadora. Desta forma, será, nos termos de Coutinho (2012), o aperfeiçoamento da gestão do aparato burocrático e político do Estado, no sentido estrito da política.

O contexto de transformações e crises que ocorreram no Brasil, em conexão com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional, fez com que dois grandes projetos societários antagônicos estivessem em disputa: o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita - que diminui os direitos sociais e políticos -, e o de

uma sociedade fundada na democracia de massas com a ampla participação social, conjugando as instituições de base, salientando-se os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais (NETTO, 1990).

No início do novo século, com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva em 2002, pela primeira vez no Brasil houve a eleição direta de um representante da classe operária, do ABC Paulista. Foi considerado por Bravo (2011, p.16) como “resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990”. Mesmo com a pressão do capital internacional, o Brasil estaria inaugurando uma nova relação à participação social.

O segundo governo Lula, afirma Bravo (2011, p.17), seguiu a gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de privilegiar o setor privado. A política de saúde continua a ênfase desde 1990, “na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social”.

Algumas questões podem ser levantadas com relação a esta proposta, tendo por referência saúde: as fundações regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contrarreforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é pela CLT, acabando com RJU; não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Planos de Cargo, Carreira e Salários dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargos, Carreira e Salário por Fundações (BRAVO, 2011, p. 20).

Portanto, percebe-se que o governo do Partido dos Trabalhadores (PT) teve sua contradição no discurso, com as escolhas da gestão das políticas públicas, principalmente com o projeto privatista na saúde, com a criação, no governo Dilma, da Empresa Brasileira de Saúde Hospitalar (EBSERH), com interesse do setor privado. Ou seja, mesmo com a vitória de representantes dos operários do Brasil, as contradições de projetos privatistas e da Reforma Sanitária ainda estão em constante disputa pela hegemonia.

Partindo do conceito de Gramsci (2017) de transformismo, este momento significou “um método para implementar um programa limitado de reforma, mediante

a cooptação pelo bloco no poder de membros da oposição”, ou seja, mesmo com um representante da classe trabalhadora no poder, houve uma cooptação dos movimentos sociais, com a burocratização destes, para garantir os interesses do capital burguês.

Os espaços dos Conselhos de Saúde, burocratizados, tem tomado um importante papel na mediação entre Estado e sociedade civil. Contudo a comunidade ocupa o espaço deliberativo, com cargos representativos de instituições “privadas”, acarretando na contradição da disputa hegemônica na saúde, bem como os espaços dos conselhos têm tomado uma característica em sua base consultiva para o governo, portanto sem legitimidade, hegemônico por uma “falsa democracia”:

[...] os espaços institucionais de controle social - Conselhos e Conferências - apesar de serem frutos de conquistas sociais, têm se tornado, muitas vezes, espaços de cooptação de liderança e movimentos sociais, passando a ser controlados pelos gestores. Permanece o desafio de torná-los espaços de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal (BRAVO, 2011, p. 20).

Contudo, mesmo com o sucateamento das políticas sociais e constante disputa entre saúde como direito em contrapartida com o privado, Bravo (2011), considera que a defesa da saúde ampliada é fruto da luta unificada dos conselhos, movimentos sociais, partidos políticos e outros, com o princípio da reforma sanitária e na radicalização da democracia social, econômica e política.

Portanto, o SUS tornou possível o acesso ao direito à saúde pública, gratuita e universal, além da responsabilidade estatal de garantia do serviço público. A participação da comunidade na gestão do SUS é consolidada pelos Conselhos Federais, Estaduais, Municipais e Locais de saúde, que se tornam espaços compostos pela representatividade e diálogo entre a sociedade civil, propondo melhorias aos serviços de saúde conforme as demandas das organizações, por um espaço democrático nas decisões da política de saúde.

Em 2019, o governo Bolsonaro assume mesmo com expressões de fascismo, com seu discurso de ódio, anticomunista, classista, conservador e com uma agenda política ultraliberal a serviço, como “fantoche”, do imperialismo estadunidense de Donald Trump (2017). Esse governo tem demonstrado ameaça à participação democrática na esfera das políticas públicas, como por exemplo, o Decreto 9.759 de

2019, que um dos seus reflexos, foi a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Saudável (CONSEA), afinal sem a participação facilitam na instauração de políticas de forma autoritária, que amplia o mercado de agrotóxico na alimentação brasileira.

Acreditem em mim, não tenham medo nem dos patifes nem dos malvados. Tenham medo do homem honesto que se engana; ele tem boa-fé consigo mesmo, acredita no bem e todos confiam nele; mas, infelizmente, engana-se a respeito dos meios de conseguir o bem para os homens” Estas observação do Abade Galiani era dirigida contra os “filósofos” do século XVIII, contra os futuros jacobinos, mas se adapta a todos os maus políticos ditos de boa-fé (GRAMSCI, 2017, p.124).

O período é caracterizado pelo sucateamento da Constituição Federal de 1988 e aos direitos trabalhistas, com vendas de grandes estatais para o setor privado, como a Petrobras, entregando ao EUA uma das riquezas latino-americana; Reforma na Previdência, levando trabalhadores a atuarem até a morte com direito mínimo ao sistema Previdenciário; na educação, com cortes no financiamento, levando à perda da produção em pesquisas nacionais; na assistência, enfim, tornou-se até difícil acompanhar todas as retiradas de direitos da classe trabalhadora no Brasil nos últimos dias.

## **2 O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO ESTADO E DA SOCIEDADE CIVIL: O CASO DO BAIRRO PANTANAL**

Neste capítulo analisamos o contexto do bairro Pantanal em Florianópolis/SC, que será tomado como particularidade para estudo das práticas e valores da participação no conselho democrático em saúde, este que se constitui instrumento de mediação do Estado e sociedade civil, pela decorrência da transição democrática e da disputa do caráter universal do SUS e no exercício da democracia.

Dessa forma, entendemos que o espaço do CLS também é instrumento da sociedade civil que se manifesta dentro do Estado, como aparelho de hegemonia, assim, a pesquisa busca avaliar a correlação de força, na reivindicação pelo direito da saúde no bairro.

Destacamos o período de estágio pela aproximação com os movimentos

sociais e da sociedade civil que se deu pela imersão no território, com a aproximação direta na realidade dos (as) usuários que são assistidos pela atenção primária em saúde do município, a qual possibilita a leitura da realidade associada ao teórico, possibilitando a intervenção pelos instrumentos profissionais. Como aponta Ana Maria Vasconcelos (2006):

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, revela um desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde diante das possibilidades de prática a serem captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se objetiva redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários (VASCONCELOS, 2006, p. 13-14).

O estágio teve seu início em plena conjuntura de recente golpe nacional, de 2016, pelo qual o vice-presidente Michel Temer (PMDB) assumiu o governo, pós impeachment de Dilma Rousseff (PT), aplicou uma política de desmonte aos direitos sociais. Com sanção da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), a seguridade social, composta pelas políticas de assistência, saúde (objeto da pesquisa) e previdência, bem como a educação teve seus investimentos congelados durante 20 anos. O atual presidente Jair Bolsonaro (PSL) que votou a favor do corte orçamentário, vem aplicando medidas de sucateamento as políticas públicas. Impacto que sentimos tanto no campo de estágio inserido no SUS, como bem na produção do conhecimento, por estarmos inserido na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Como reflexo do corte no orçamento federal, o orçamento da UFSC teve corte que pode chegar a 60 milhões de reais em 2019. Enquanto a universidade que possui 46 mil estudantes, com cinco campi espalhados por Santa Catarina, gastando por ano cerca de R\$ 1,5 bilhões. Prejudicando a qualidade da educação superior no Brasil, com desmonte das instituições públicas e reforçando a ideia “o que é público é ruim”, legitimando o discurso privatizante.

Em 2016, Florianópolis elege como prefeito Gean Loureiro (PMDB), assumindo o cargo em 2017. No mesmo ano do início de estágio, o prefeito lançou o “pacote de maldades”, que são projetos de leis com finalidade de: alterar o estatuto dos servidores; estabelecer parcerias público com privado; criar o fundo de previdência dos servidores, visto que o município está devendo milhões à

previdência. Ou seja, ao estabelecer um projeto neoliberal, sucateia o serviço público e precariza a mão de obra, retirando a responsabilidade do Estado mediante às políticas públicas, legitimando a privatização, que repassa dinheiro público para os empresários de grande monopólio.

Em reflexo a essa conjuntura, o orçamento na saúde municipal não chegou ao mínimo estabelecido pela união de 15%, por falta de repasse do valor, levando à precarização dos serviços públicos oferecidos pela SMS em Florianópolis. Desde então, os Conselhos de Saúde, Sindicatos e o Fórum em defesa do SUS, vem reivindicando o orçamento previsto constitucionalmente.

A atual gestão da Prefeitura Municipal vem aprovando projetos que retiram a responsabilidade do Estado na qualidade das políticas públicas, criando projetos de trabalho voluntário, sem comprometimento com a contratação de recursos humanos qualificados e assalariados, como o caso do projeto “Somar Floripa”, coordenado por Cintia de Queiroz Loureiro, atual primeira dama, que reforça a característica do primeiro damismo, este que era conservador na defesa de políticas sociais como caridade.

A aprovação no município da Lei nº 10.372/2018, que autoriza Organizações Sociais (OS) na gestão de serviços públicos, intitulada “Creche e Saúde já!”, foi sancionada em regime urgente urgentíssimo na Câmara de Vereadores, com muita pressão contrária da população, com greve do Sindicato dos Servidores (SINTRASEM), paralisando todas as atividades na educação e saúde, contrários a proposta de repassar orçamento público para gestão privada, o que não garante ampla divulgação dos investimentos públicos e espaço para controle social.

Por fim, em meio ao desmonte do serviço público, o campo institucional que estou inserido na Universidade e no estágio deve cumprir sua missão que é ameaçada pela gestão da Prefeitura Municipal, tendo como principal questão, o comprometimento ético em defesa ao SUS, bem como a política de educação, 100% público, universal e gratuito.

## **2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DO BAIRRO PANTANAL**

Frente à conjuntura municipal de desmonte do SUS decorrente da crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2009), a comunidade do bairro Pantanal no município de Florianópolis, abriga 7.340 habitantes, com uma concentração de 81%

entre 16 a 64 anos e 6.3% idosos, segundo o Censo IBGE (2010). Este território é constituído por uma área de interesse social e possui um crescimento no número de habitantes devido à proximidade da Universidade, além das dificuldades com saneamento básico de rua e falta de infraestrutura para a UBS que não atende mais a demanda. Várzea (1990) descreve o bairro do Pantanal como

O nome Pantanal vem-lhe talvez desse vale onde serpenteia o riacho dos limões que deságua à praia do Saco, vale em cujo terreno são freqüentes os banhados, mas que é de um pitoresco impressionista pela linha rasa dos campos e no pendor das espaldas, ondulando em tonalidades sem fim de verdura a uma e outra margem da estrada, atravessada de pontes em seu leito arenoso e largo (VÁRZEA, 1990 in CABRAL FILHO, 1998, p. 9-10).

O bairro teve sua crescente urbanização em 1960 quando foi inaugurada a UFSC, situada entre o bairro Trindade, Pantanal, Córrego Grande e Carvoeira que trouxe um desenvolvimento aos bairros. Outra questão, foi a instalação da sede da Centrais Elétricas do Sul do Brasil (ELETROSUL), em 1968 no Pantanal, contribuindo para a transformação do bairro e favorecendo a especulação imobiliária na região.

Com a alta da especulação imobiliária o bairro cresce de maneira desigual, como de costume em Florianópolis, pela política higienista, a cidade tende a crescer para o alto devido aos grandes morros. Assim, o bairro com um aumento populacional sem infraestrutura adequada, acarretou na precariedade de infraestrutura para unidades básicas de atendimento à população, como o caso da UBS do bairro.

Diante dessa realidade dialética, o bairro busca romper com a hegemonia da política neoliberal, reivindicando seus direitos, adotando uma percepção de Estado ampliado e se organizando em conselhos comunitários, da saúde e educação.

Uma metodologia de estudo socioeconômico e cultural foi realizados em julho do ano 2000, pela assistente social Sirlândia Schappo, profissional do Centro Comunitário do Pantanal (CCPan) a qual apontou como principais demandas apresentadas pelos moradores do bairro: a necessidade da destinação adequada do lixo em coleta, necessidade de saneamento básico, espaço institucional adequado à UBS do bairro, bem como recursos humanos.

Para o espaço da UBS do bairro, foi cedido a metade do terreno do CCPan, contudo a UBS contava com 2 Equipes de Saúde da Família (ESF), como

recomendado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério de Saúde de aproximadamente 3000 pessoas por ESF, este que é composto por médico de Saúde da Família, enfermeiro em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde e profissional de Saúde Bucal.

**Imagem 1: Espaço cedido pelo CCPan a Unidade Básica de Saúde**



**Fonte: Bruno Gavião**

No Entanto, a UBS contendo 2 ESF e NASF, tinha espaço disponível apenas para uma ESF. Assim foi necessário improvisar salas insalubres e os usuários lotam o único corredor da unidade de saúde. Dessa forma o CLS do bairro vem planejando estratégias para efetivar sua participação efetiva na política de saúde pela demanda da infraestrutura da UBS, para efetivar a saúde, compreendendo-a como ampliada, ou seja, além da ausência de doença, mas como fenômenos materiais e socioassistencial.

A partir da resolução nº01 de 11 de maio de 2000 do CMS de Florianópolis, que regulamenta o funcionamento do CLS é colocado como critérios para sua criação, a participação de uma ou mais entidades, formação de gestão com posse sob orientação e supervisão da SMS. Desta forma, desde 17 de maio de 2000, o

CCPan, equipe da UBS e Agentes Comunitária de Saúde (ACS), discute mensalmente para consolidar a formação do CLS no Pantanal.

Dessa forma, no dia 9 de novembro, do ano 2000, o conselho comunitário junto a equipe do posto de saúde, instituições e moradores do bairro pantanal, convocam para assembleia geral, todos os moradores e representantes de grupos organizados, empresários e trabalhadores do bairro para a formação do CLS, para o dia 23 de novembro de 2000 às 19h00 no CCPan. Foi também convocado, pelo ofício nº 71, um representante do CMS para dirigir a assembleia, seguindo a resolução nº 01/2000. No entanto, não houve confirmação até o dia da assembleia.

No dia 23 de novembro de 2000 estavam presentes no CCPan em assembleia, os grupos e entidades: organizados sem vínculo governamental formal (Capela santo Agostinho, igreja batista, grupo de idosas recordações, Recreativo Clube Corinthians Catarinense, Associação Beneficente Vermelho e Branco); instituições com vínculo governamental, CCPan e creche Nossa Senhora Aparecida); representantes do posto de saúde: coordenadoria dos profissionais e Programa de Agente Comunitária de Saúde (PACS); instituições e grupos organizados, representante dos moradores de bairro e sindicato dos trabalhadores na saúde de Florianópolis.

Durante a assembleia, foi apresentada a resolução nº 01/2000, com falas sobre o sistema descentralizado de política de saúde, a participação da população, para o dia 5 de dezembro, do ano 2000 às 19h30min, no CCPan. Seguindo o encaminhamento da assembleia, foi encaminhado ao CMS, pelo Ofício nº 073/2000, solicitando uma representação no conselho para dar posse aos representantes do como também o objetivo do CLS, como espaço para traçar projetos, planejamento para a saúde, fala do representante da entidade religiosa, e a importância da participação e dos conselhos para a democratização dos espaços políticos e para traçar o que realmente é prioritário, apontado pelo membro do sindicato.

A assembleia teve como encaminhamento, solicitar novamente a presença de um membro do CMS, conforme a resolução que define o CLS, para dar posse aos representantes titulares e suplentes que passaram a compor o CLS do Pantanal.

A reunião de posse do CLS Pantanal, sobre os encaminhamentos da assembleia, recebeu a presença do conselheiro municipal, Aristeu Sutil de Oliveira que teve seu nome deliberado em reunião do CMS, no dia 04 de dezembro. Foi apresentado os titulares e suplentes, após a leitura do relatório anterior. Foram

empossados representantes: Capela santo agostinho (titular Maria Salete Bernardes Marzarotto e suplente Zaide Rosa dos Santos), igreja batista (Titular Israel Fernandes Cruz e suplente João Duarte Vidal), grupo de idosas recordações (titular Neuza Almeida da Silva e suplente a Alzira Martins), Recreativo Clube Corinthians Catarinense (Titular Valda Ferreira Vieira e suplente José Alfredo Vieira), Associação Beneficente Vermelho e Branco (titular Nelson Sipriano dos Passo Filho e suplente Luiz Gonzaga Passos), CCPan (titular a Sirlândia Schappo e Suplente a Lizete Comitti, Creche Nossa Senhora Aparecida (titular Flávio da Rocha Santos e suplente o Rogério Fazzioni), coordenadoria do posto de saúde (titular Teresinha Salvi e suplente Marli Rosa), profissionais (titular Mariline Goulart e suplente Tânia Maria Q. Romão), PACS (titular Edinete Barros L. Wolf e suplente a Rita de Cássia Militão Mello), ACS (titular Léa Pereira da Silva e suplente Lucimar Carvalho Schmitt) e dos moradores,usuários (titulares Vitor Lima e João C. da Silva e como suplentes Carlos Alberto Bonatelli e Luiz Augusto Couto Lima).

## **2.2 AÇÕES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO PANTANAL NA REIVINDICAÇÃO DA NOVA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.**

A partir da relatoria de surgimento do CLS, não foram encontrados mais documentos, ocorrendo uma brecha histórica na coleta dos dados de 2000 a 2011. Contudo é possível verificar que o início das atividades relatadas a seguir, parte de uma assembleia comunitária de formação e posse do CLS, sendo passível de inferir que o CLS surgiu em 2000 encerrou suas atividades e retornou em 2011.

Durante o mês de abril do ano 2011, estiveram presentes 18 participantes da sociedade civil do bairro pantanal, para o I Fórum de Saúde do Pantanal, qual convocou assembléia com a comunidade para formação do CLS para o mês seguinte. Na assembleia comunitária estiveram presentes 25 pessoas, com a presença de Lívia Fontana, representante do CMS, onde ficou deliberado representações de presidente, vice presidente, secretária e vice secretária do CLS, bem como conselheiros e suplentes. Sendo este conselho constituído por: 6 moradores do bairro, 10 profissionais e 2 representantes da entidade sem vínculo

governamental, sendo estes do CCPan e Organização Não Governamental (ONG) vida mais.

Com a retomada das reuniões do CLS, no mês de junho de 2011, entrou em pauta o espaço para ampliação do Centro de Saúde que, após longos debates, foi sugerido que o Recreativo Clube Corinthians Catarinense disponibilizasse espaço para construção da nova UBS, nesta reunião esteve presente o vice-prefeito João Batista Nunes (PR), informou que o espaço é uma decisão que a comunidade deve elaborar sozinha e que a prefeitura irá acatar. Demonstrando o descomprometimento pela prefeitura do espaço, como se oferecer saúde à população do bairro do Pantanal, fosse dever da sociedade civil e não de uma gestão municipal.

Em agosto do mesmo ano, no que se trata à construção da nova UBS, o presidente do CCPan levou mapa do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis, para verificar demarcação de terreno possível para construção da UBS no bairro; enquanto a coordenadora da UBS elaborou relatório acerca das condições insalubres que a UBS se encontra, bem como se deliberou que presidente do CCPan trouxesse escritura do prédio do Centro Comunitário que é em conjunto a UBS; e deliberou-se que solicitasse à UFSC, um espaço para construção da UBS.

Em fevereiro de 2012, o CLS solicitou reunião com prefeito Dário Berger (PMDB) para expor necessidade da nova sede da UBS, o Vice-prefeito, sugeriu a conselheira Madalena agendasse uma nova reunião com reitoria UFSC, para solicitar terreno. Assim foi proposto auditoria com novo secretário de saúde municipal para expor situação e solicitar com urgência a construção da UBS. Em abril de 2012, o presidente do CCPan, informou que em reunião com futura reitora da UFSC, houve a solicitação de um documento que fundamentam a necessidade da nova estrutura, que será solicitado auxílio ao CMS. No mês seguinte, houve o repasse que será levado em audiência pública com a UFSC, sobre doação de terreno.

Em reunião do CLS, no mês de dezembro do mesmo ano, foi repassado que em audiência pública com a UFSC, tomou a decisão que terreno em frente a ELASE, foi negado devido ser Área de Preservação Permanente (APP), enquanto ao terreno em frente à rótula do pantanal, a princípio negado, pois tem infraestrutura irregular. Na mesma reunião, foi questionado sobre a doação do terreno da base da Polícia Militar (PM), qual foi cedido pela Eletrosul, se há possibilidade de doação à UBS. Partindo deste questionamento, foi encaminhado agendar uma reunião com

representantes de infraestrutura da Eletrosul, em conjunto com a reitoria da UFSC e SMS.

Neste mesmo dia, ficou explícito o cunho eleitoral por meio de promessas, pela proposta do candidato a vice-prefeito, Rodolfo Pinto da Luz de derrubar o prédio do CCPan e construir um prédio de quatro andares, onde abrigaria a UBS e CCPan. A proposta ficou de ser apresentado ao prefeito Cesar Souza Jr. caso o cargo de prefeito fosse assumido e problema não for resolvido.

Para encerrar o ano de 2012, durante o mês de novembro, foi aprovado o Projeto Orçamentário de R\$820.000 para novas sedes de UBS, foi sugerido levar escrito ao secretário de saúde a urgência da destinação dessa verba para a UBS do Pantanal.

Iniciando as atividades no ano de 2013, em janeiro houve reunião com prefeito e secretário municipal de saúde, sobre a obra, decidindo que na próxima reunião do CMS 26 de fevereiro, foi solicitado providência a emergência da nova UBS, apresentando etapas quais o CLS passou até o momento. Atitude que retira a responsabilidade da Prefeitura Municipal e responsabilizam a sociedade civil através dos conselhos democráticos, estes que já estão sucateados e institucionalizados.

Em reunião na Eletrosul com CLS, SMS e PM, dia 6 de março de 2013 às 22h, foi favorável a construção do posto de saúde no local da base, em troca terá a concessão do Corinthians para a secretária de segurança pública. Em abril, conselheira repassa que iniciou o processo de concessão entre Eletrosul e a SMS, sobre a concessão do terreno da base da PM para a construção da UBS.

Passado um ano do processo de autorização do terreno e abertura de licitação para empreiteira construir a UBS, em trinta de julho de 2014 esteve presente na reunião do CLS, Sra. Edenice Reis da Silva, Coordenadora de Planejamento, informação e capacitação de recursos da SMS que informou sobre o andamento da obra. Ressaltou que estava em ordem o serviço, com a primeira parcela do financiamento, no valor de R\$ 40 mil, com tamanho porte quatro, das UBS que compõe: de quatro a seis equipes de Saúde da Família com o prazo de um ano, aproximadamente. Edenice salientou que para maiores informações sobre a realização da obra, pode acessar no sistema de informações do site da prefeitura, onde está detalhado e em contato direto com a secretária de planejamento e informação e capacitação de recursos da prefeitura.

Passado quase um ano, em abril de 2015, a conselheira Albertina solicitou a

realizar uma visita na obra, juntamente com a coordenadora da UBS do Pantanal. Albertina sugeriu que a coordenadora de planejamento da SMS, seja convidada a participar da visita devido o atraso da obra, sem respostas, em agosto foi realizado uma reunião para elaboração de documento sobre necessidade da UBS Pantanal.

Com atraso da entrega da sede pela empreiteira, a comunidade do bairro realizou uma movimentação da população sobre as exigências para a nova UBS, trancando a rua Deputado Edu Vieira com faixas e cartaz, como forma de protesto pela falta de responsabilidade da PMF e da empreiteira com a saúde do bairro. Sem nenhuma resposta, a obra foi paralisada e em novembro de 2015 foram analisadas sugestões para a realização da mobilização referente a interrupção da obra.

Em março de 2016, ocorreu uma reunião com representante da SMS, a qual informou sobre dificuldades com a empreiteira que ganhou a licitação, pois foi tentado romper com o contrato, contudo outras empreiteiras não demonstraram interesse em assumir. Assim com uma nova licitação, a entrega passa a ser prevista para 1 ano e meio para entrega da nova sede; informou que foi adiada por 70 dias a obra por troca de equipe; repasse de que móveis e equipamentos já foram comprados; fiscalização coletiva sobre andamento da obra; com prazo de inauguração para junho, foi enfatizado que não pode haver presença da prefeitura. Em abril, foi apresentadas pela SMS as mesmas informações da dificuldade com a empreiteira, para a reportagem da RBS.

O secretário municipal de saúde, na mesma reunião de março, comentou que a empresa que ganhou a licitação para realizar a obra de construção do Centro de Saúde do Pantanal, já havia sido notificada diversas vezes pelo atraso nas obras. Essa não é a única obra, esta empresa presta serviços para Prefeitura e há muitos problemas no decorrer do processo de construção da unidade de saúde. Ele orienta ao CLS do Pantanal formalizar uma denúncia pela paralisação da obra na SMS, para que ele como Secretário de Saúde possa tomar as medidas legais para cobrar a empresa. Nesta reunião foi informado que a obra entrou na programação anual de saúde 2016, conforme a linha 390 da ATA.

Durante a 127ª sessão ordinária do CMS, em 26 de abril de 2016, Carmen Mary de Souza do CLS Pantanal solicitou através de um ofício, o agendamento de uma reunião entre o Secretário Municipal de Saúde e o CLS do Pantanal para a última semana de abril. Pois está se esgotando o prazo de 70 dias, dado pelo Secretário adjunto, Nulvio Lermen, no dia 07 de março de 2016, para o término da

construção e inauguração da nova unidade. Entretanto, a construção encontra-se parada. Ressalta que a Unidade de Saúde está num local totalmente insalubre, o que é um agravante para as condições dos trabalhadores e usuários, tendo em vista a importância da inauguração da nova Unidade, caso não se consiga resolver, será articulado com a Prefeitura e Ministério Público.

O Presidente do CMS salientou que já tinha conhecimento do Ofício mencionado, que tentou entrar em contato com a Conselheira Carmen no período matutino do dia 26 de abril de 2016, para agendar um encontro entre a Conselheira, o Sr. Eduardo da Gerência de Obras e o Secretário para irem até a obra pressionar a empresa, esclarece que a obra está com dificuldades, pois a empresa é muito ruim, porém para cancelar com essa empresa teria que fazer outro processo de licitação, o que atrasaria ainda mais a entrega do nova UBS. Secretário acrescenta que sua chefe de gabinete marcará este encontro.

Na mesma reunião, Eduardo que é gerente do setor de obras da Prefeitura, apresentou a situação da UBS como solicitado pelos Conselheiros, notificando que o Centro de Saúde do Pantanal houve muita dificuldade com a empresa desde o início, no terceiro mês da obra a situação foi levada ao gabinete, para tratar da questão de qualidade e cumprimento de prazo, na ocasião informalmente foi feito contato com a segunda e terceira empresa colocada na licitação para ver se tinham interesse em assumir a obra caso fosse necessário, porém receberam negativa de ambas. A SMS acabou optando por continuar com a empresa já contratada, acompanhando semanalmente.

O recurso investido de R\$ 1.137.912,98; Obra iniciada em 07/08/2014; Empresa CS Construções; Área total de 739,58 m<sup>2</sup>; Percentual executado de 55%; Obra em descompasso de prazo com o cronograma inicial por conta de atrasos de repasse de recurso do Ministério da Saúde; Obra em ritmo lento aguardando homologação de aditivo. O aditivo fez-se necessário por conta de modificações ao projeto demandados pela unidade. Além disto, foram necessários ajustes a implantação demandada pelo IPUF à Secretaria de Obras da SMS, por conta do alargamento viário frontal à unidade. Previsão de conclusão de 90 dias após a homologação do referido aditivo

Em maio de 2016 a população do bairro foi à rua novamente protestando pelo descaso da gestão municipal com a saúde da população do bairro. No espaço do CMS Albertina da Silva de Souza do CLS Pantanal reitera que a SMS recebeu vários

documentos referente à falta de condições de atendimento da UBS do Bairro, que em reunião com o Secretário, cerca de um mês e meio atrás, junto com a Coordenação do Centro de Saúde, ficou acordado os três meses de prazo para a conclusão da obra. Entretanto, o empreiteiro recebeu um documento informando que a obra está suspensa por mais 120 dias. A conselheira ressalta que a comunidade não suporta mais a situação em que se encontram e convida a todos que visitem o Centro de Saúde do Pantanal para conhecer as instalações que são as piores do Município, além de totalmente insalubre. Por conta disso, a comunidade no dia anterior (30/05/2016), o CLS realizou uma manifestação fechando a Rua Dep. Edu Vieira, para que a obra do CS seja imediatamente retomada. Caso isso não ocorra, a comunidade irá tomar outras providências, os trabalhadores do CS estão em reunião neste momento analisando a possibilidade de redução de atendimento ou fechamento do CS para que tenham condições de salubridade. Comunica ainda que na próxima quarta-feira haja manifestação e que neste espaço de tempo o CS paralisa suas atividades.

O Presidente do CMS aponta que foi necessário suspender a obra do Pantanal, e sugere que esse assunto na próxima terça-feira seja levado a reunião que será feito no gabinete do Prefeito em relação aos repasses da Saúde. Sugere que sejam decididos os representantes que compareceram a essa reunião, pois lá é o fórum adequado para mediar essas circunstâncias, é necessário levar essa pauta até a Prefeitura, pois o secretário de saúde não gera e sim recebe receita da fazenda, a partir daí que são executadas as ações da Saúde.

Em julho de 2016, no CMS, a Diretora de Planejamento da SMS Informou sobre a captação de recursos: no CS Pantanal, Recurso investido de R\$ 1.137.912,98; Obra iniciada em 07/08/2014; Empresa CS Construções; Área total de 739,58m<sup>2</sup>; Percentual executado de 55%; Obra em descompasso de prazo com o cronograma inicial por conta de atrasos de repasse de recursos do Ministério da Saúde - MS; Obra anteriormente aguardando homologação de aditivo para ter continuidade. Aditivo homologado em 18/07/2016. Previsão de conclusão de 90 dias após a homologação do referido aditivo.

**Imagem 2: obra da UBS abandonada pela SMS e empreiteira.**



**Fonte:** Gisele Cunha.

O CLS elaborou e apresentou ao CMS o seguinte documento como relatório:

“Este documento tem o objetivo de esclarecer alguns fatos referentes ao novo Centro de Saúde do Pantanal. A obra está em andamento e com atraso na entrega, e diante disto, temos feito o acompanhamento da mesma, visitando o local regularmente, enquanto comunidade. Percebemos algumas irregularidades na obra, o que pode se tornar um grande problema após a inauguração e comprometer os requisitos exigidos pela vigilância sanitária e expor a saúde da população e funcionários ao risco de doenças. O mais grave é referente ao córrego que passa margeando o posto, que no momento já apresenta odor forte por ali desembocar esgotos clandestinos, há presença de ratazanas neste local. Este córrego passa em toda lateral do posto e antes da inauguração precisa ser regularizado. Exigimos uma avaliação pela Vigilância Sanitária quanto ao saneamento básico da região. Outra questão, sobre os defeitos já apresentados pela obra, como rachaduras, encanamentos inadequados e já com infiltrações no teto, “sapata” exposta na parte de trás do posto favorecendo acúmulo de lixo e local propício para ratos, baratas e outros animais que propagam doenças. Na odontologia, já foi necessário refazer as saídas de esgoto, quebrar pisos e com isso mais atraso e perda de dinheiro público. Necessitamos de um melhor monitoramento pelo profissional da prefeitura ou engenheiro responsável pela obra. Conforme já informado no que se refere ao

estacionamento lateral para os carros dos funcionários, ter disponibilidade para carros somente na frente do posto e já projetando a futura duplicação da Edu Vieira no local, faltarão vagas. Consideramos indispensável o local para estacionar os carros e não ter que dividir com os pacientes. A obra é nova e inicialmente seria na lateral do posto. No momento, temos 4 vagas que são emprestadas pela Eletrosul, as quais podemos perder a qualquer instante, principalmente se a empresa for privatizada. Estas vagas não são o suficiente, pois não são exclusivas do posto e na grande maioria das vezes os carros dos funcionários ficam em ruas laterais, sujeitos a roubo e maior risco de assaltos dos mesmos na chegada e na saída do trabalho. Diante destes assuntos expostos acima, o Conselho Comunitário do Pantanal, enquanto representante da comunidade, está vigilante e no aguardo de soluções pertinentes aos problemas explicitados. Exigimos que, depois de tanta espera por um Centro de Saúde, pelo qual lutamos por anos, que este funcione com um mínimo de qualidade, garantindo o bom atendimento de saúde à população do Pantanal é um local salubre para os funcionários exercerem suas funções sem prejuízo de sua própria saúde. Contamos com a vossa solução e resposta”. O Presidente solicita o encaminhamento deste documento para a Secretaria Executiva do CMS para que se possa formalizar uma resposta para o CLS Pantanal.

Em agosto de 2016 no CMS, a Conselheira Carmem do CLS Pantanal questionou ao CMS acerca da construção do Centro de Saúde no Pantanal. O Presidente do conselho informou que a SMS tem o financiamento para pagar a empresa, prestadora de serviços, porém a empresa alega estar sem crédito na praça para conseguir efetuar a compra de materiais para finalizar a obra. O Presidente do conselho mencionou que a empresa responsável pela obra desistiu da obra do Pantanal, pois não tem mais capacidade financeira e que foi protocolado um documento para dois processos jurídicos, sendo o primeiro referente a não conclusão da obra, apesar das várias solicitações. Um segundo ponto é referente a execução da obra, sendo que a gerência de obras irá iniciar um processo para gerar uma nova licitação, onde o que não foi concluído deverá ser adaptado em uma nova planilha. Ou seja, após toda essa história com relação ao abandono da empresa à obra, será realizado uma nova licitação para que outra empresa assuma a construção.

Em novembro de 2016, o CLS elaborou uma carta de reivindicações aos candidatos a prefeito, assim como entregou ao Secretário de Saúde solicitando

melhoria nas condições estruturais do bairro. Conselheira informou que a obra terá uma nova licitação devida o abandono da empreiteira.

Em reunião do CMS de março de 2017, a conselheira Carmen do CLS Pantanal menciona que as duas questões mais urgentes são referentes a recursos humanos para uma saúde bucal de qualidade e a finalização da obra da UBS. Menciona que a situação está crítica e em relação a saneamento básico, se houvesse inspeção pelos bombeiros, o Centro de Saúde seria fechado por insalubridade.

Como ação do CLS, em abril de 2017, foi encaminhado ofício para Eletrosul, solicitando auxílio para finalizar a obra da UBS, Em maio, foi encaminhado ofício ao Ministério Público (MP), solicitando mediação na construção da UBS.

Em reunião do CLS do mês de julho de 2017, contou com a presença do engenheiro responsável da SMS, Humberto, qual informou que inauguração da UBS está prevista para agosto ou setembro. Contudo até agosto não houve licitação aberta a nova empreiteira. Em outubro, o secretário de saúde informou que a licitação realizada no dia 4, do mesmo mês, não houve empresa interessada.

A SMS informou que um novo edital seria lançado, assim consultando os sites oficiais, foi encontradas as informações do repasse de verba no valor de R\$ 1.200.000 (um milhão e duzentos mil reais) à ganhadora do processo licitatório de definição da empreiteira em até 23 de outubro.

Em novembro de 2017, o CLS decidiu realizar uma reunião ampliada, sem data prevista, mas com o objetivo de mobilizar a comunidade para pressionar a entrega da nova sede do UBS. Em dezembro, foi discutido sobre o protagonismo da comunidade na construção da UBS, conselheiros combinaram fiscalização da obra periodicamente nas quartas-feiras.

No dia 13 de dezembro, houve a reunião do Conselho Local do Pantanal e formaram uma comissão para acompanhar a obra. Assim elaboraram um ofício solicitando cópia do contrato da empreiteira para acompanhar a responsabilidade da empreiteira e também uma cópia da planta. Essa comissão conta com 5 pessoas que vão se revezar de forma a fazer este acompanhamento, Temos a preocupação do córrego atrás do Centro de Saúde, o que vai ser feito? pois se der uma chuvarada forte, ele pode transbordar, a construção ficou muito próxima do córrego.”

O Secretário de Saúde, em resposta à questão do riacho, informou em

reunião do CMS que se fosse ele secretário na época, não teria autorizado a construção desta unidade neste local. A lei diz que não pode haver construções há 30 metros de rio, riachos e córregos. E fizeram. Agora, não faz sentido destruir. É um local que pode gerar mais mosquitos, enchentes, enfim, não teria construído. O secretário ainda afirma que recebeu as fotografias, mostrando a finalização do prédio da UBS, colocaram as janelas, portas e será colocado o alarme. As pinturas externas estão sendo feitas, com o alarme dentro, a empresa se sente mais segura para fazer as obras internas. A informação obtida pela fiscal de obra é que está dentro do cronograma estabelecido

Conselheira Carmen afirma que “Estamos observando pessoal trabalhando constantemente, vamos acompanhar e cobrar para ajudar a própria secretaria. Falaram em 7 meses, mas não acredito que em 3 meses, não sou especialista, pode terminar; mas em 3 meses, se tiverem o dinheiro, podem terminar”.

Durante a reunião do CMS, do mês de fevereiro de 2018, houve a Prestação de contas 3º quadrimestre de 2017: “Entre as obras realizadas em 2017, destacam-se as Unidades reformadas, num total investido de R\$1.250.415,72. Em execução, está sendo construído o CS Pantanal, num total investido de R\$935.500,00, o CS Campeche, num total investido de R\$ 896.712,9; e a reforma do CS Tapera, num total investido de R\$ 373.563,00, do CS Lagoa da Conceição, num total investido de R\$ 182.159,73.”

Em março de 2018, com as obras em andamento lento, o CLS foi informado sobre aditivo de R\$400.000 para finalização da obra, bem como, necessidade de movimentar a comunidade para pressionar a entrega até 29 de junho de 2018.

Em maio de 2018, houve paralisação dos servidores públicos do município, contra o projeto de lei que propõem a gestão da saúde e educação por Organização Social (OS), portanto UBS reduz atendimentos, e previsão de entrega da obra é de 2 meses. A aprovação no município da Lei nº 10.372/2018, que entrega a gestão de serviços públicos às OS é titulada como “Creche e Saúde já!”, que foi sancionada em regime urgente urgentíssimo na câmara de vereadores, com muita pressão contrária da população, com greve do sindicato dos servidores SINTRASEM, paralisando todas as atividades na educação e saúde, contrários a proposta de repassar orçamento público para gestão privada, o que não garante ampla divulgação dos investimentos públicos e espaço para controle social.

Essa lei não prevê o espaço do controle social e retira a responsabilidade do

Estado na política de saúde e educação. Bem como sabemos, nos municípios esse tipo de política liberal, repassa a verba pública para empresa de interesse privado, favorecendo a pequenas classes que criam empresas para participar desses processos licitatórios.

Em junho, o mestre de obras da construção, o qual informou que será finalizado a UBS em 5 de julho, portanto será realizada reunião extraordinária em 3 de julho para organizar inauguração com a comunidade. No mês seguinte, a reunião do CLS teve como pauta única, a inauguração da UBS, qual informou sobre a UBS nova, que falta finalizar jardim, ar condicionado, mobília e informática; houve sugestão de manifestação silenciosa com todas (os) vestidos de preto, representando luto pelo sucateamento do SUS; será confeccionado faixa escrito “CLS Pantanal em defesa do SUS público e gratuito e de qualidade”, e outra faixa solicitando profissionais para a nova UBS, por fim mosquitinhos convidando a comunidade para dia de inauguração.

Por fim, no dia 13 de julho de 2018, finalmente houve a inauguração da nova UBS, com um grande ato da comunidade. Contudo, como a conselheira Carmen “nem tudo que brilha é ouro”, pois não adianta apenas ter um prédio lindo, para ficar vazio de profissionais. No entanto a atual gestão da prefeitura municipal vem aprovando projetos, de cunha liberal que retira a responsabilidade do Estado na qualidade das políticas públicas, criando projetos de trabalho voluntário, sem comprometimento com a contratação de recursos humanos qualificados e assalariados, como o caso do projeto “Somar Floripa”, coordenado por Cintia de Queiroz Loureiro, atual primeira dama, que reforça a característica do primeiro damismo, este que era conservador na defesa de políticas sociais como caridade.

### Imagem 3: Entrega da nova UBS do bairro



Fonte: Bruno Gavião

A falta de recursos humanos se tornou mais uma luta que o CLS tem para enfrentar na melhoria da política de saúde em âmbito local. Contudo é necessário romper com esses espaços institucionais, visto que mesmo reivindicando e exercendo sua participação efetiva nos conselhos, os governantes que representam o estado, não adere como emergência a qualidade do serviço da atenção básica à saúde. Como afirma Gramsci, as associações e partidos como trama “privada” do Estado pede o consenso e “educa” este consenso.

Portanto se faz necessário a aproximação dos conselhos, com movimentos autônomos, como Fórum em Defesa do SUS, Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, na rearticulação do movimento em defesa do SUS, rompendo de fato com as estruturas hegemônicas do Estado e no resgate do movimento da reforma sanitária.

### **3 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AO DEBATE DO CONTROLE SOCIAL**

Este capítulo busca refletir a contribuição do Serviço Social nos espaços do Controle Social das Políticas Sociais. Dessa forma é necessário apontar como o

debate de participação democrática foi se inserindo no Serviço Social, bem como refletir sobre a prática profissional nesses espaços. Assim, é importante sinalizar que diferenciamos o termo controle social, como aquele que se refere ao espaço legal e institucionalizado de debate e deliberação nas políticas sociais, enquanto o termo controle democrático, foi aquele que ganhou centralidade na profissão, tendo em vista a disputa estratégica a ser realizada.

Partindo na perspectiva do Projeto Ético Político profissional, por uma atuação em conjunto com os movimentos da classe trabalhadora e por uma nova ordem societária, como fundamento essencial para a postura profissional nos espaços sócio ocupacionais, o Serviço Social tem tomado a postura de participar além dos espaços dos movimentos sociais autônomos, a participação também em espaços institucionais do Estado como o controle social.

Diante desse espaço ocupado pelas (os) profissionais de Serviço Social, estabelecemos a participação como desafio posto ao fazer profissional nos espaços do controle democrático, desafios que necessitam de instrumentos que qualifiquem a ação profissional consoante ao Projeto Ético Político.

Portanto, este capítulo retoma no primeiro momento, elementos da produção teórica do Serviço Social sobre a atuação profissional em espaços de controle democrático. O segundo item retoma à ação e desafios que estão postos à atuação profissional no espaços de controle social do SUS.

E por fim, buscamos relatar sobre a prática profissional do serviço social e suas contribuições ao CLS do bairro Pantanal, como compromisso de documentar o trabalho realizado durante o período da formação profissional em Serviço Social.

### **3.1 APONTAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL AO CONTROLE DEMOCRÁTICO**

Neste tópico resgatamos o movimento de aproximação do Serviço Social com a temática dos conselhos democráticos, bem como sua concepção ético política elaborada.

Com a releitura do Serviço Social dos anos 1980, foi incorporado a temática dos movimentos sociais na formação profissional, assim o Serviço Social a partir dos anos 1990 tem adotado como objeto de estudo os conselhos democráticos. Bravo

(2009) aponta que esse debate surge a partir do esvaziamento dos movimentos sociais e a implementação dos conselhos; contudo, os estudos e intervenções acerca da temática necessitam estar articulados ao debate dos movimentos sociais.

É importante destacar ainda que nossa reflexão sobre os processos recentes de democratização da sociedade brasileira tem por base uma visão ampliada de cidadania, a partir de uma dupla dimensão, como analisada por Carlos Nelson Coutinho: como socialização da política, mas também como socialização da riqueza produzida, o que envolve a universalização de direitos (RAICHELIS, 2011, p.26).

Como já apontamos neste trabalho que o processo de construção democrática brasileira foi regado pela lógica neoliberal nos anos 1990, agravando as questões sociais e institucionalizando os movimentos sociais. Como Raichelis (2011), relata no seminário de controle social realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que essa lógica neoliberal acarretou na implosão da subjetividade pública, favorecendo o individualismo, cultura privatista, aparente desnecessidade do público. Ou seja, esse processo de democratização que resgata o conceito de universalidade, ou seja do coletivo, foi substituído pela lógica do individual.

Vale salientar, que a retomada do significado do que é público, segundo Raichelis (2011) veio à tona com a luta pela criação do processo participativo, este que se deu permeado de intenções de criar uma possibilidade de superar a visão de Estado e sociedade civil como dicotômicos. Contudo essas práticas se institucionalizaram ao longo dos anos 90, mostrando a sua face neoliberal, com destaque aos espaços do conselho que mesmo com caráter restrito, efetiva o “partilhar de poder”.

Para Habermas, a possibilidade de instituir-se uma esfera pública politicamente ativa depende de dois pressupostos. De um lado, da capacidade da esfera pública para reduzir ao mínimo o conflito estrutural entre a pluralidade de interesses que sua ampliação propiciou, o qual dificulta a emergência de um consenso fundamentado em critérios gerais. De outro, a possibilidade efetiva de reduzir o poder da burocracia no interior das organizações sociais, cujas decisões não são submetidas ao controle social, o que debilita, dessa forma, o caráter público dessas organizações (RAICHELIS, 2011, p.69).

Contudo, os espaços dos conselhos mesmo que contraditórios em seus

interesses, teve um processo significativo no quesito participativo de sujeitos e organizações, Raichelis (2011) aponta a existência de quase 30 mil Conselhos em âmbito Municipais e mais de 60 Conselhos Nacionais, que contam com uma participação expressiva de assistentes sociais.

E é no âmbito dessas políticas e programas que trabalham os assistentes sociais, no espaço local, nos municípios, nas cidades. É nas prefeituras que se localiza o grande contingente de assistentes sociais, ganhando relevância aprofundar o debate profissional sobre esse novo protagonismo das cidades na produção e na gestão das políticas públicas. Tal processo vai levar a uma revalorização da instância local, acompanhada da ampliação do discurso participacionista. Não há hoje nenhum sujeito coletivo, nenhuma organização social que não fale em participação, tornando essa categoria polissêmica. Todos se referem à participação e ao fortalecimento da sociedade civil, embora com concepções, projetos e significados variados e até mesmo opostos (RAICHELIS, 2011, p.27).

A ampliação das instâncias democráticas e garantia dos direitos é um dos desafios ao Serviço Social com referência ao Projeto Profissional, que é fundamentado em diversos documentos da profissão, por uma nova ordem social, com igualdade, justiça social, universalização do acesso às políticas sociais, bem como a garantia dos direitos civis, políticos e sociais para todos (BRAVO, 2009).

A profissão diante de um Projeto Profissional que é indissociável ao projeto societário em disputa, Netto (1999), aponta que o projeto oferece uma matriz de valor que se expressa na luta pela hegemonia, dessa forma o Projeto Ético Político do Serviço Social se posiciona em favor da classe trabalhadora e enquanto participantes do movimento social.

Contudo, em 2000 a produção do conhecimento desta temática teve resultados a partir da inserção dos (as) profissionais em espaços do controle democrático, apontado por Bravo (2009), espaços “como conselhos, conferências, fóruns, plenárias, comitês, orçamento e planejamento participativo, bem como projetos de extensão que articule ensino e pesquisa nas universidades” a maioria de sua fundamentação com base em Gramsci, apresentando a contradição de classe como central na disputa pela hegemonia e interesses antagônicos. A autora ainda reforça que esse trabalho

As proposições apresentadas abrem a possibilidade para que os assistentes sociais passem de meros executores das políticas para atuarem na formulação e assessoria aos diversos sujeitos coletivos e movimentos sociais participantes deste processo. Identifica-se,

entretanto, que esta produção é ainda muito restrita (BRAVO, 2009, p.8).

Diante dos estudos, como de Yamamoto (2002) sobre os espaços democráticos, a autora aponta que é necessário ter clareza do projeto defendido na participação, pois são espaços de disputa, portanto é um espaço de tensão, qual os profissionais de Serviço Social podem atuar, isso pode abrigar a

[...]experiências democráticas que propiciem o aprendizado de um tipo de socialização, o partilhamento de poder e a intervenção em processos decisórios. Mas, pode também, alimentar vícios populistas e clientelistas no trato da coisa pública (BRAVO, 2009, p.6).

A profissão pode se inserir nos espaços democráticos, como profissional política, quando participa de representações como conselheiras, e como novo espaço sócio-ocupacional quando realiza assessoria aos conselhos, usuários e trabalhadores.

Pensar o trabalho profissional dos assistentes sociais nestas instâncias supõe uma dupla dimensão: analisar o controle democrático no contexto macro-societário que vem alterando as políticas sociais com retração dos direitos sociais e as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais (BRAVO, 2009, p.2).

Assim a atuação do Serviço Social neste espaço, como sinaliza Bravo (2009) deve ser adepto ao projeto ético-político da profissão como fundamentador de sua ação, com a finalidade de ampliação de uma cultura democrática coletiva, servindo como representantes do interesse da maioria da população e na garantia dos direitos sociais, mesmo em cenários de regressão das políticas historicamente conquistadas pelos trabalhadores. Sobre a atuação do Serviço Social,

Correia (2005) salienta que o assistente social está relacionado com o controle social em duas dimensões: primeiro, como profissão auxiliar ao controle social visto como os meios utilizados pelo Estado para a manutenção do consenso e da ordem, necessários à reprodução social capitalista. Segundo, como profissão que pode contribuir para o exercício do controle dos setores populares sob as ações do Estado, para que este atenda aos interesses da maioria da população. Este tem se tornado um desafio, tendo em vista o panorama atual das políticas públicas (BRAVO, 2009, p.7).

Dessa forma, desde 1998, o Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS), tem estimulado a inserção das

profissionais no controle democrático. Como aponta Bravo

A partir das indicações pontuadas, considera-se que a assessoria às instâncias públicas de controle democrático articulada aos movimentos sociais é um espaço de trabalho que os assistentes sociais podem contribuir para o fortalecimento dos sujeitos políticos na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, tendo no horizonte a emancipação humana (BRAVO, 2009, p.8-9).

Para análise da ação profissional, Bravo (2009) aponta que esta se dá em duas direções, sendo estas: técnicas administrativo, definidos como suporte profissional nas atividades documentais e de gestão, normalmente em cargos ocupados em prefeitura, qual deve um cuidado para não reduzir apenas a um trabalho técnico sem estabelecer relação ao projeto profissional; e técnico-político, definido como ações que envolve a democratização e socialização da informação, configurada em assessoria aos movimentos sociais.

Os autores destacado por Bravo (2009), como Bravo e Souza (2002), Correia (2005), Bravo e Matos (2006) e Simionatto (2006), destacam como ações que envolvem esta assessoria:

[...] a organização da documentação dos Conselhos; a organização de plenárias; a elaboração de cartilhas sobre controle social e política de saúde; a pesquisa de temas e realização de oficinas; a elaboração das atas de reuniões do conselho; a idealização de boletins informativos do Conselho; a elaboração de Planos com propostas de participação popular, que devem conter o diagnóstico da localidade e o plano propriamente dito; a realização de reuniões periódicas, que discutam previamente a pauta da reunião dos Conselhos; a pesquisa sobre a realidade; a realização de cursos de capacitação de conselheiros; o acompanhamento dos conselhos; a realização do perfil do conselheiro; e o incentivo à realização e participação no orçamento participativo (BRAVO, 2009, p.7).

Entretanto esse amplo trabalho necessita de qualificação para uma intervenção propositiva consoante ao projeto profissional. Como apontado por Simionatto (2006), o Estado continuará mantendo a simpatia política difusa do setor popular, mas é necessário exercer formas de pressão sobre o poder público, em conjunto com as classes de baixo poder e de organização, para que se efetive o controle democrático com participação consciente de direitos e de responsabilidade do Estado.

### 3.2 PRÁTICAS E DESAFIOS PROFISSIONAIS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CONTROLE SOCIAL DO SUS

A partir da concepção de controle social como espaço de atuação do Serviço Social no setor público, esse novo espaço profissional estabelece desafios às práticas profissionais. Souza (2001) e Correia (2005) após pesquisa bibliográfica no âmbito nacional e estadual, levantam hipótese que o Serviço Social tem se inserido, a partir de 2000, desenvolvendo trabalho profissional e não somente como conselheiros.

Com a inserção do Serviço Social na área da saúde, o CFESS construiu em 2010, um documento que aponta os “parâmetros para a atuação do assistente social na saúde”, composto por quatro eixos de ação. São eles: ações de atendimento direto aos usuários (as); elaborar ações de mobilização, participação e controle social de usuários (as), famílias, trabalhadores de saúde e movimentos sociais; ações de investigação, planejamento e gestão, a fim de fortalecer a participação em favor dos usuários e trabalhadores de saúde; por fim, as ações de assessoria, qualificação e formação profissional que busca a melhoria na qualidade dos serviços.

A inserção do Serviço Social na saúde parte da (o) profissional que tem a capacidade técnica de realizar uma leitura da essência da realidade, não se limitando aparências, mas sim a capacidade de “compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais dos usuários, buscando uma estratégia no enfrentamento a expressão da questão social, que perpassa no adoecimento da população”. (MARQUES, 2016, p. 30).

Quando se pensa em prática do Serviço Social no âmbito da saúde, é necessário partir dos conceitos fundamentais de concepção de saúde, como integralidade, intersetorialidade, participação social e interdisciplinaridade, o que nos leva a pensar que essa atuação, é no atendimento aos trabalhadores, de forma individual e coletiva.

A/O profissional de Serviço Social na área da saúde, de acordo com Bisneto (2011), tem uma posição subordinada à medicina, visto que na relação de forças da saúde, prevalece a doença e não a saúde de forma ampliada, ou seja, na qualidade de vida. Com isso, existe uma correlação de forças que prevalece à área da medicina, isso decorrente do objeto ser a doença. Contudo, a doença não se passa

apenas pela medicina, ela perpassa pela questão social e suas expressões referentes ao sistema capitalista.

Apesar dessa condição contraditória de trabalho, o assistente social dispõe de autonomia relativa para executar suas atribuições profissionais, meio que possibilita refletir e repensar a direção de sua atuação profissional. Desta forma, pode ir além de limites institucionais com base em seu posicionamento teórico-metodológico e criar estratégias de trabalho a favor da classe trabalhadora. (MARQUES, 2016, p. 23).

Entretanto, o Serviço Social, de acordo com seu Código de Ética, exerce sua autonomia diante à instituição, planejando seu trabalho, ações, de forma individual e coletiva com as demais profissionais do Serviço Social e/ou profissionais da saúde da família. Essa autonomia é utilizada também para a escolha de seus instrumentos de trabalho, servindo como alternativa para que saia da lógica do mercado capitalista, principalmente do modelo de produção produtivista da saúde. A profissional adota técnicas de trabalhos em grupos, entrevistas individuais, assim como visita domiciliar e sempre preservando pela autonomia do sujeito.

Partindo da concepção de ação profissional, segundo Mito e Nogueira (2010) esta está estruturada no conhecimento da realidade e dos sujeitos, quais as profissionais, são destinadas a definir os objetivos, na escolha de abordagem e de instrumentos apropriados. A ação profissional contém fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão, em determinado momento histórico e procedimentos técnico-operativo.

A autora Vasconcelos (2006) quando pauta a prática democrática na saúde, aponta que:

Assim, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper - através do trabalho e das relações sociais -, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar. (VASCONCELOS, 2016, p.2).

Diante dos parâmetros para a atuação do Serviço Social no SUS pelo CFESS (2010), cabe-nos salientar a ação profissional no espaço do controle social, sendo ações como:

- estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- participar na organização, coordenação e realização de pré conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde. (CFESS, 2010, p.59-60).

Portanto a prática profissional do Serviço Social, como Yamamoto (2002) ressalta, deve se dar com o trabalho de base, na mobilização e organização dos

movimentos sociais, aí a importante ação da categoria nos conselhos e movimentos sociais. Caso contrário, o campo de atuação estará fadado à institucionalização, passando a ação profissional a mero trabalho técnico burocrático.

Alguns requisitos que constituem o desafio profissional:

O aporte teórico; compreensão histórica da política social e dos seus aspectos legais e jurídicos; capacidade de realizar constantes análises conjunturais; compreensão de que esses espaços são contraditórios; capacidade de elaborar planos; programas e projetos de forma participativa e de intervir em orçamento; competência para capacitar conselheiros e/ou população usuária para o exercício do controle social; articulação com as demais políticas; consciência dos limites e possibilidades de participação social em espaços institucionais (CORREIA, 2005, p.7).

Dessa forma cabe à universidade o desafio de extensão em conjunto com profissionais de Serviço Social na perspectiva da articulação ensino-pesquisa e extensão, compromissada com a sociedade e com a transformação societária mais democrática e emancipada do viés privatistas.

### **3.3 CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO PANTANAL**

Neste subitem buscamos apontar a contribuição do Serviço Social ao CLS Pantanal, em conjunto com a comunidade do bairro, na reivindicação da melhoria na infraestrutura e em defesa da política pública de saúde, a partir dos dois espaços ocupados pelas profissionais no bairro, que foi no CCPan, enquanto instituição que assume um caráter privado; e na UBS através da política do NASF.

O trabalho da profissional do CCPan, a partir da competência teórico-prática, ético-política e teórico-metodológica do Serviço Social, elaborou o estudo sócio-cultural do bairro que apontou questões particulares em suas demandas, surgindo a necessidade da mobilização da comunidade na reivindicação das políticas públicas. A partir das demandas apresentadas deste estudo e a mobilização da comunidade, surgiu o CLS no bairro.

As ações do Serviço Social de Trindade (2017) partem da escolha de um instrumentos e técnicas de procedimentos interventivos, como elemento mediador que perpassa a comunicação da linguagem escrita e falada, que se aplica de caráter individual, coletivo, administrativo organizacional e formação profissional de

capacitação e pesquisa, que envolvem demandas sociais, instituições e organizações das ações sociais vinculadas às políticas sociais.

Já na UBS, o Serviço Social se insere na atenção primária a partir do NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, entre seus objetivos a/o profissional deve

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, 2009, p. 90).

Atualmente o NASF Florianópolis conta com apenas sete assistentes sociais, mais residentes em Serviço Social e estagiárias (os), distribuídas em diversas UBS do município. A maior dificuldade atual está na sobrecarga do trabalho das profissionais frente ao número de demandas e do território, como logística nas UBS e pouco tempo, em média de 6h por semana em cada UBS, dessa forma existe uma necessidade de que se amplie o quadro de profissionais.

São usuários do NASF, todos (as) aqueles que precisarem dos serviços de saúde e cadastrados no UBS mais próximo à residência, afinal a política do SUS, que preza pelo acesso da população à política de saúde. As principais demandas são de forma espontânea ou de encaminhamento dos profissionais da saúde da família, com um maior número de demandas de assistência para tratamento de saúde, alimentação e previdência.

Diante os parâmetros da atuação do Serviço Social na Saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2010) a atuação do profissional se dá na análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular, com a “intencionalidade da libertação na construção de uma nova cultura de participação dos usuários, partindo do conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas”. Assim o Serviço Social do NASF, na UBS do bairro pantanal, trabalhou em conjunto do CLS assumindo uma dupla posição de conselheira e prestando serviços técnicos, como assessoria, organização de documentos, preparação de reunião e eventos de mobilização da comunidade.

Os membros do Conselho de Saúde alteram-se periodicamente, alterando as representações do CLS tornando necessário um processo de educação permanente para o controle social, para que esteja em constante construção e atualização.

Desse modo, o documento “Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde”, publicado em 1999, sofreu alterações em 2015 que foram voltadas para a garantia da capacitação de conselheiros de saúde; ampliação do processo da capacitação para educação permanente para o controle social no SUS; inclusão de outros sujeitos sociais no processo de educação permanente para o controle social no SUS; envolvimento de sujeitos sociais, de conselheiros de saúde ou antigos conselheiros que possuem experiência em educação popular e participação nos Conselhos de Saúde; Ampliação da concepção do conceito de cidadania conforme previsto na Constituição Federal. Por fim, ampliação do conceito e da prática da democracia.

Processos de educação permanente (BRASIL, 2005) no controle social do SUS deve ter como nível de abrangência a sociedade, na qual propõem ao cidadão o direito de conhecer, propor, fiscalizar e contribuir, aperfeiçoamento os Conselhos de Saúde como lócus de deliberativas da política de saúde que garanta a atualização das demandas e repassa informações sobre questões temáticas da agenda política do SUS. No entanto, já discutimos sobre a institucionalização dos Conselhos, dessa forma, esses não devem somente ele ser espaço lócus de discussão da saúde, e sim os movimentos sociais em geral, adotando uma perspectiva autônoma conforme a sua realidade que é dialética.

Diante da realidade do campo de estágio, foi realizado um projeto de intervenção como proposta final do estágio obrigatório que buscou intervir na organização da comunidade do bairro do Pantanal, com o propósito de educação popular no SUS, atuando na formação de lideranças comunitárias dentro do CLS, com o propósito de expandir o conhecimento institucional, como educação permanente em busca da democratização das políticas públicas, e com o objetivo de resgate do movimento da reforma sanitária.

Bravo et. al (2001) e Correia (2005) também elaboraram um material de apoio ao fortalecimento do controle social, fruto de experiências dos autores em capacitação com conselheiros. O primeiro reúne textos de forma didática e crítica que podem servir de suporte para as oficinas dos cursos com conselhos. O segundo apresenta a proposta de treze oficinas com temas diferentes e sugestões para realizá-las, incluindo roteiro do conteúdo a ser trabalhado, material necessário, metodologia, resumo do conteúdo e bibliografia para que possa servir de referência para os profissionais que atuam e/ou pretendem atuar em experiências de capacitação, adaptando-os às realidades específicas (BRAVO, 2009, p.7).

Portanto o Serviço Social do NASF tem auxiliado na mobilização da comunidade para reuniões, fóruns e conferências, bem como na organização e produção de documentos, e por fim, prestando assessoria a conselheiros. Contudo, a atual gestão da SMS tem colocado dificuldades na participação dos (as) profissionais nos espaços do controle democrático, aplicando critérios na participação, sem considerar a participação como espaço de trabalho, limitando a somente uma reunião por profissional. Outra questão é a perseguição política às profissionais NASF, utilizando da estratégia de troca de UBS de atendimento das profissionais, na busca de desmobilizar articulações com da comunidade e os CLSs.

Diante dessas ações, consideramos que o (a) profissional assistente social, atua nesse espaço como um “intelectual orgânico”. Conceito elaborado por Gramsci (2000), considera que cada grupo social organizado nos aparelhos privados de hegemonia que articule na relação de Estado/sociedade (como clubes, associações, jornais, igrejas, partidos políticos, entidades e conselhos dos mais diversos), tem sua categoria de intelectuais. Visto que todo grupo social:

Nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2000, p.15).

O autor destaca que a função do intelectual não é somente de consenso, como também, adquire uma função conectivo-organizativo. Ou seja, tem a necessidade de saber observar as suas funções historicamente determinada, no processo de produção de hegemonia.

Como explicitamos as entidades da profissão de Serviço Social, destacamos certas atribuições para atuação no espaço do controle democrático. Destacamos que essas devem ser articuladas com o projeto ético político profissional, com o objetivo de caracterizar os processos históricos na produção de hegemonia, conhecendo para intervir em busca de uma democracia participativa que represente a classe trabalhadora.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentamos a participação democrática no Brasil, se deu em três momentos: durante os anos de 1970 a 1980, um período expresso pela participação democrática através dos movimentos sociais em um regime militar repressivo, que foi vitoriosa essa participação pela democracia com a Constituição Federal de 1988, no entanto, na década de 90, o Estado burguês utilizou esse momento para tomar seus interesses, aplicando uma política liberal de interesse privado.

Durante 1990 a 2000, os movimentos sociais já institucionalizados, como os conselhos de saúde, saturado em uma hegemonia burocrática, perdendo a essência da participação defendida pela reforma sanitária e transformando em espaço consultivo e limitado. Por fim, no início deste século, foi marcado pela conciliação de classes do governo PT, levando a continuação do sucateamento das políticas públicas com interesse privatista. Após o golpe de 2016, o mercado privado mostra sua face no Estado de desmonte das políticas públicas que o atual governo, Bolsonaro (2019), deu continuidade na tentativa de eliminação dos espaços de participação popular.

Os escritos de Gramsci nos fazem refletir os conceitos de Estado e sociedade civil que constituem a sociedade burguesa classista. Os conselhos como instituições privadas que diz representar a sociedade civil, não possui uma autonomia na sua participação diante a burocratização da democracia institucional do Estado, demonstra apenas mais um instrumento do Estado na educação de consenso.

Portanto, os espaços dos conselhos de saúde possuem caráter contraditório, pois mesmo que institucionalizados, tem seu papel de destaque no trabalho de base, ainda que a população não tenha sido efetivamente representada, é um espaço de disputa hegemônica de tensões na reivindicação de melhorias na política de saúde. Algumas lições de Gramsci, como destacada neste trabalho, somada à apresentação dos documentos do CLS do Pantanal têm demonstrado que a representatividade não funciona nesse espaço institucional, pois demonstra uma centralidade na gestão, como no CMS, em que o secretário, representando a gestão municipal, apenas 'consulta' a população, porém não da resolutividade às demandas, demonstrando que a preocupação da estrutura governamental liberal

está visando o lucro e não na qualidade de vida da população, assim como escreve Gramsci,

[...] quer dizer que não é verdade que o peso das opiniões de cada um seja “exatamente” igual. As ideias e opiniões não “nascem” espontaneamente no cérebro de cada indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, houve um grupo de homens ou até mesmo uma individualidade que as elaborou e apresentou na forma política de atualidade (GRAMSCI, 2017, p.83).

O município de Florianópolis é “reconhecido” como modelo de atenção básica em saúde no país, porém no cotidiano isso não se verifica. No incentivo a participação de usuários e profissionais nos espaços deliberativos, estes se encontram praticamente minado por gestores, altamente burocratizado e com pouca efetividade nas demandas concretas da população. A atual gestão vem demonstrando os interesses privatistas na política de saúde, com aprovação de gestão por OS, que configura em uma empresa privada gerenciando seus serviços com financiamento público e sem processo de transparência e de gestão participativa, em conjunto com usuários e trabalhadores.

O espaço do CLS do Pantanal, que aqui apresentamos, devido a sua centralidade na individualidade política, somente impactou nas suas reivindicações quando tomou atitudes que extrapolaram o papel representativo de participação nos espaços “hierarquizados” (como o CMS, que somente tem direito a voto membros da gestão representativa), indo às ruas e em greve, atingindo um público e causando um tensionamento na hegemonia estatal. Gramsci (2017) analisa a greve na luta política, comparado às guerras coloniais, como guerras de movimento, com fim quando o objetivo estratégico de um dos lados seja alcançado.

Nesse processo, o Serviço Social teve um papel significativo na identificação das demandas sociais e na articulação da comunidade com o CLS Pantanal, que mesmo atuando em espaços institucionalizados e restritos, demonstrou a defesa por um novo projeto societário, pautando o compromisso na defesa por um SUS público, universal, participativo, de qualidade e de direito. Contudo se faz necessário uma perspectiva crítica à democracia institucional burguesa, reconhecendo os limites e possibilidades do controle democrático enquanto espaço contraditório, pois a democracia clássica burguesa depende e deriva do modelo econômico capitalista, bem como as políticas sociais; enquanto essas também almejam melhorias na

qualidade de vida, para simplesmente manutenção da mão de obra e do consumo do mercado.

O momento atual que vivemos no Brasil demonstra uma crise da burguesia moderna, em que o atual governo como já explicitamos, vai “contra a maré” da clássica democracia burguesa representativa. Dessa forma, o momento atual expressa à necessidade de retomar a discussão democrática e transbordar dos espaços consultivos, transformando-os em espaços construtivos com a base da sociedade, retomando os movimentos da reforma sanitária, como movimentos sociais organizados autônomos e da rua, afinal a rua é do povo.

O atual governo federal brasileiro, comandado por milicianos em plena crise estrutural do capital, tem defendido cada vez mais as causas burguesas na privatização das políticas públicas, sucateando as gestões estaduais e municipais. Levando a perda de sua legitimidade com o agravamento nas condições sociais, até mesmo nos espaços de participação institucionais. Ocasionalmente uma ruptura na conciliação de classes e de radicalização dos movimentos sociais.

Portanto, a democracia participativa deve estar direcionada a um novo projeto societário, como visto: tanto a política social quanto a democracia foram instrumentos da burguesia para controle das revoluções da classe trabalhadora. Portanto, somente em um novo projeto societário com um poder popular, que atribua condições de vidas sem desigualdades a todas as gerações de classe, étnico, racial, agrária, gênero e sexualidade, e que transforme o trabalho em um processo sem exploração, será capaz de oferecer uma real participação política.

“Instruí-vos, porque precisamos de vossa inteligência. Agitai-vos, porque precisamos de vosso entusiasmo. Organizai-vos, porque carecemos de toda a vossa força”.

Antônio Gramsci

## REFERÊNCIAS

AROUCA, Sérgio. Contracapa. *In*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Orgs.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

AROUCA, Sérgio. Saúde é democracia. *In*. BRASIL. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 27**. Brasília, 2009. Disponível em: [20http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_na\\_sf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_na_sf.pdf). Acesso em: 25 Set. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília – DF. 1988.

BRASIL. **Decreto nº9.759**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília - DF. 2019.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para o processo de educação permanente no controle do SUS**. Brasília – DF. 2005.

BRASIL. IBGE. **Censo demográfico**. 2010.

BRASIL **Emenda Constitucional nº95**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 27 Nov. 2018.

BRASIL. **Lei Nº 8.142**. Sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF. Jan. 1990.

BRASIL. **Lei Nº 8080**, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Brasília – DF. Set. 1990.

BRASIL. **Portaria Nº154**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília – DF. Jan. 2008.

BRAVO. Maria Inês Souza. **SERVIÇO SOCIAL E REFORMA SANITÁRIA: lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. *In*: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional**. Ser Social, Brasília - DF. 2002.

CABRAL FILHO, Pedro. **A constituição da Escola Básica Municipal Beatriz de Souza Brito: 1935-1992**. Florianópolis, 1998. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza.. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. Serviço Social e Sociedade, Ano XXVI Especial, p. 132-146, 2006.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília. 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 20 de Set. 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. *In*: MOTA, A. E., et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006, p. 111-138.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Dicionário da Educação profissional em Saúde - controle Social**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro – RJ. 2009. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Controle\\_Social\\_-\\_rec.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Controle_Social_-_rec.pdf). Acesso em: Mar. 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Sociedade civil e controle social: desafios para o Serviço Social. *In*. BRAVO, M.I.; MENEZES, J.B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2013, p. 317-330.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. 4 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

FLORIANÓPOLIS. **Instrução normativa nº 001/2010 da Secretaria Municipal de Saúde**. Florianópolis. 2010. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/17\\_05\\_2010\\_10.30.59.7f13826233ea784570aea600dd2f6f3a.doc](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/17_05_2010_10.30.59.7f13826233ea784570aea600dd2f6f3a.doc). Acesso em: 22 Set. 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Plano municipal de Saúde 2014-2017**. Florianópolis. 2014. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08\\_08\\_2014\\_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf). Acesso em: 25 Set. 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Somar Floripa une conexão e capacitação no voluntariado**. Prefeitura de Florianópolis. Out. 2017. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina&noti=18923>. Acesso em: Jan. 2018.

GOMES, Gustavo Franca. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. *In*: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2014, p.25-31.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais, O princípio educativo, Jornalismo**. Cadernos do Cárcere. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho. Coedição: Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, v.2.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Tradução de Luiz Sérgio Henriques, Marco Aurélio Nogueira e Carlos Nelson Coutinho, Vol. 3, 8 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In*: CFESS. **Atribuições privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

LAKATOS. Eva Maria; MARCONI. Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo. Editora Atlas S.A. p. 170. 2003.

LUZA. Edinaura. **LUTAS SOCIAIS FRENTE ÀS CONTRA REFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE**: análise a partir do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações. Tese de Doutorado. 2018. UFSC. Florianópolis/SC.

MATOS. Teresa Cristina Coelho; FERREIRA. Maria D'Álva Macedo. **Participação e controle social no Brasil recente**: influência do pensamento gramsciano. Revista em Pauta, Rio de Janeiro. 2015. n. 35, v. 13, p. 65- 79.

MARQUES, Glenda Linaura. **O Serviço Social no NASF**: as condições de trabalho e demandas do exercício profissional. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2016.

MÉSZÁROS, István. Método em uma época histórica de transição. *In*: **Estrutura social e formas de consciência**: a determinação social do método. São Paulo: Boitempo, 2009, p. 189-309.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO. Regina Célia; NOGUEIRA. Vera Maria Ribeiro. **Parâmetros de atuação do Serviço Social na Saúde**. Brasília – DF. CFESS. 2010

NETTO. José Paulo. **Autocracia burguesa e Serviço Social**. Tese (Doutorado) -

Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1989.

NETTO. José Paulo. **A construção do projeto ético- político do Serviço Social e a crise contemporânea**. Capacitação em Serviço Social e Política Social; Mod 01. Brasília, CEAD, 1999.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8 ed., São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA. Francisco. **Crise econômica e pacto social**. Novos estudos Cebrap, São Paulo, n.13, out. 1985.

RAICHELIS. Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAICHELIS. Raquel. O Controle Social Democrático na Gestão e Orçamento Público 20 Anos Depois. *in* CFESS. **Seminário Nacional: O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito Conselho Federal de Serviço Social**. Brasília, 2011.

ROCHA. Rogério Lannes. **Conselhos de Saúde e Controle Social**. RADIS Súmula especial. Rio de Janeiro. Nº 81. Jun. 2001.

RODRIGUES NETO, Eleutério. **Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática**. Revista saúde em debate. Londrina, Cebes, n.17, 1985.

SEVERO. Denise Osório; DA ROS. Marco Aurélio. **A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra**. Revista Saúde e sociedade. vol.21. São Paulo. Mai. 2012. Disponível em: <https://doaj.org/article/33c709ae492a48a293a0bd4b4816149b?frbrVersion=2>. Acesso em: Mar. 2018.

SILVA. Alessandra Ximenes. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos *in* **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande. 2017. p23-51.

SILVA, Alessandra Ximenes. **Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social**. *In* DAVI, J. MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. M. Seguridade social e saúde: tendências e desafios. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 117-146.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004.

SIMIONATTO, Ivete. **Estado, sociedade civil e espaços públicos: uma análise do "Plano Plurianual" – 2004/2007**. *In*: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.88, 2006.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Serviço Social na Saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social**. Dissertação de Mestrado. Rio de

Janeiro, UFRJ, 2001.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. *In*: TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011, p. 17-46.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. *In*: TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 4 ed., São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011, p. 193-232.

TRINDADE, Rosa Lúcia Predes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. *In*: SANTOS, Cláudia M; BACKX, Scheilla; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do serviço Social**: desafios contemporâneos. São Paulo Cortez, 3ed. 2017.

UFSC. **Plano de desenvolvimento institucional 2015-2019**. Florianópolis. 2015. Disponível em: <http://pdi.ufsc.br/files/2015/05/PDI-2015-2019-1.pdf>.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas democráticas na saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.