



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
NA AMAZÔNIA**

**SUZANE PESSOA AIRES**

**TRAVESSIAS DO CONTROLE SOCIAL NO AMAZONAS: nas trilhas do Conselho  
Estadual e Municipal de Saúde em Manaus**

**MANAUS  
2020**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
NA AMAZÔNIA**



SUZANE PESSOA AIRES

**TRAVESSIAS DO CONTROLE SOCIAL NO AMAZONAS: nas trilhas do Conselho  
Estadual e Municipal de Saúde em Manaus**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Linha de pesquisa: Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Hamida Assunção Pinheiro

MANAUS  
2020

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A298t Aires, Suzane Pessoa  
Travessias do controle social no Amazonas: nas trilhas do conselho estadual e municipal de saúde em Manaus / Suzane Pessoa Aires . 2020  
205 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Hamida Assunção Pinheiro  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde. 2. Democracia. 3. Cidadania. 4. Controle Social. 5. Participação Social. I. Pinheiro, Hamida Assunção. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

**SUZANE PESSOA AIRES**

**TRAVESSIAS DO CONTROLE SOCIAL NO AMAZONAS: nas trilhas do Conselho Estadual e Municipal de Saúde em Manaus**

Dissertação aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Dra. Hamida Assunção Pinheiro – Presidente**  
PPGSS/UFAM

---

**Profª Dra. Marinez Gil Nogueira Cunha – Membro Interno**  
PPGSS/UFAM

---

**Profº Dr. Júlio Cesar Schweickardt – Membro Externo**  
Membro Externo – FIOCRUZ/AM

---

**Profª Dra. Lidianny de Lima Cavalcante**  
**Suplente/Membro Interno**  
PPGSS/UFAM

---

**Profª Dra. Carolina Cassia Batista Santos**  
**Suplente/Membro Externo**  
DSS/UFAM

*À minha família, com todo o meu amor.*

## **Agradecimentos**

Finalizar esse mestrado é uma conquista que marca o encerramento de mais um ciclo na minha vida acadêmica e muitas pessoas foram essenciais para que isso fosse possível, portanto, deixo aqui meus agradecimentos.

Primeiro, agradeço a Deus, por me oferecer sempre muito mais do que mereço.

À minha mãe, que sempre me incentivou a seguir firme nos estudos, pontuando constantemente que o conhecimento é uma riqueza que ninguém pode tirar de você.

À minha irmã Simone, pelo incentivo e compreensão dos momentos de ausência em programações familiares.

À minha sobrinha Hadassa que, aos 4 anos, é um raio de sol que me mostra a cada dia a importância de lutarmos pela concretização de um Sistema Único de Saúde realmente público, integral e universal.

À minha orientadora, Hamida Assunção Pinheiro, pela dedicação e competência em conduzir a minha orientação. Foram 2 anos de muito aprendizado e agradeço pelos vários momentos de construção de conhecimento partilhados, pela compreensão e incentivo e por acreditar na minha capacidade.

Aos professores do PPGSS/UFAM Marinez Nogueira, Débora Rodrigues, Socorro Chaves, Cristiane Fernandez, Lucilene Melo, Simone Eneida, Lidiany Cavalcante e Roberta Andrade, por cada disciplina ministrada e por proporcionarem uma visão crítica da realidade social.

Às queridas Roberta, Luana, Cíntia, Alcione, Márcia, Ariadne e Valéria e ao Paulinho, que me escutam e ajudam a transformar as dificuldades da pesquisa em momentos de riso e descontração.

Aos meus colegas da turma de 2018 do PPGSS/UFAM Tereza Raquel, Silviane, Kelly, Maria Auxiliadora, Elizabeth, Erinelma, Richemond e Romulo, pelas trocas de experiências. Foi um prazer estudar com vocês.

Ao meu chefe Antônio Nobre de Lima e aos meus colegas de trabalho que também acompanharam e compartilharam dessa experiência.

À Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria de Estado de Saúde pela autorização para a realização desta pesquisa.

Ao Conselho Municipal de Saúde pelo fornecimento dos documentos solicitados e a todos os conselheiros municipais que participaram desta pesquisa.

Ao Conselho Estadual de Saúde e aos conselheiros estaduais que se propuseram a participar da pesquisa.

A todos aqueles que lutaram e lutam até hoje pelo SUS e pela efetivação da democracia em nosso país.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a construção e finalização desta pesquisa.

*O meu ideal político é a democracia,  
para que todo o homem seja respeitado  
como indivíduo e nenhum venerado.*

*Albert Einstein*



## RESUMO

A proposta da política pública de saúde defendida pela Constituição Federal de 1988 apresenta princípios democráticos importantes e inovadores para o cenário brasileiro em seu contexto de redemocratização. É em um processo de luta e revitalização democrática que a saúde passa a ser reconhecida como um direito social universal, não contributivo e componente do tripé da seguridade social. Como princípio inovador democrático, a Constituição Federal institui a participação e o controle social como formas de efetivar uma gestão democrática da política de saúde. Esta pesquisa tem como proposta analisar de que forma vem se consolidando a efetivação do controle social no Amazonas no âmbito do Conselho Estadual e Municipal de Saúde de Manaus, destacando as dinâmicas de participação social para a viabilização do direito à saúde, bem como verificar as discussões empreendidas sobre o controle social nos espaços das conferências estaduais e municipais de Manaus no período de 2010 a 2019, caracterizar a organização e o funcionamento dos conselhos de saúde na esfera municipal e estadual, enfocando os desafios para a efetivação do controle social na saúde e examinar a visão dos sujeitos sociais envolvidos – conselheiros de saúde – acerca do desenvolvimento do controle social na saúde, seus limites e suas possibilidades de atuação através da gestão compartilhada. Para isso foi realizada pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Na pesquisa documental, analisamos os diversos documentos referentes à regulamentação do controle social na saúde, tais como regimentos, estatutos, leis, decretos, relatórios de conferências realizadas pelos conselhos de saúde, entre outros. Para a coleta de dados foi aplicado um formulário com perguntas abertas e fechadas aos conselheiros municipais e estaduais de saúde. Neste trabalho, buscamos compreender os caminhos trilhados pelos Conselhos Municipal e Estadual de saúde no Amazonas para a efetivação de uma gestão compartilhada da política de saúde, bem como as possibilidades de atuação nesses espaços para a efetivação do controle social democrático e organização da sociedade civil. Os resultados obtidos apontam que, no Amazonas, o controle social vem se desenvolvendo com muitas fragilidades, tendo sido necessária a intervenção do Ministério Público do Estado para promover a democracia no processo de formação e composição desses conselhos. Nas conferências de saúde, embora o controle social seja um tema obrigatório e tenha se feito presente em todos os relatórios analisados, pudemos observar que, em quase 30 anos de sua implantação, as discussões realizadas nesses espaços contribuíram mais para a manutenção da discussão democrática do que a ampliação da democracia em si. A gestão compartilhada da saúde, conquanto presente nos conselhos, ainda acaba por representar mais os interesses do governo do que os da coletividade em decorrência, principalmente, da pouca influência do segmento dos usuários nessas instituições.

**Palavras-chave:** Saúde; Cidadania; Democracia; Controle Social; Participação Social.

## ABSTRACT

The public health policy proposal defended by the Federal Constitution of 1988 presents important and innovative democratic principles for the Brazilian scenario in its context of redemocratization. It is in a process of democratic struggle and revitalization that health starts to be recognized as a universal social right, non-contributory and component of the tripod of social security. As a democratic innovative principle, the Federal Constitution institutes participation and social control as ways to effect a democratic management of health policy. This research aims to analyze how the effectiveness of social control in Amazonas has been consolidated within the scope of the State and Municipal Health Council of Manaus, highlighting the dynamics of social participation for the viability of the right to health, as well as verifying the discussions undertaken on social control in the spaces of the state and municipal conferences of Manaus in the period from 2010 to 2019, to characterize the organization and functioning of health councils at the municipal and state level, focusing on the challenges for the effectiveness of social control in health and to examine the view of the social subjects involved - health counselors - about the development of social control in health, its limits and its possibilities of action through shared management. For this, bibliographic, documentary and field research was carried out. In documentary research, we analyzed the various documents referring to the regulation of social control in health, such as regulations, statutes, laws, decrees, reports of conferences carried out by health councils, among others. For data collection, a form with open and closed questions was applied to municipal and state health counselors. In this work, we seek to understand the paths taken by the municipal and state health councils in Amazonas for the realization of a shared management of health policy, as well as the possibilities of action in these spaces for the realization of democratic social control and organization of civil society. The results obtained show that, in Amazonas, social control has been developing with many weaknesses, requiring the intervention of the State Prosecutor's Office to promote democracy in the process of formation and composition of these councils. At health conferences, although social control is a mandatory theme and has been present in all the reports analyzed, we have observed that, in almost 30 years of its implementation, the discussions held in these spaces have contributed more to maintaining the democratic discussion of the that the expansion of democracy itself. Shared health management, although present in the councils, still ends up representing the interests of the government more than those of the community due mainly to the little influence of the users' segment in these institutions.

**Keywords:** Health; Citizenship; Democracy; Social Control; Social Participation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIMI	Centro de Atenção Integrada à Melhor Idade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAF	Conselho de Controle de Atividades Financeiras
COES	Conferência Estadual de Saúde
COMUS	Conferência Municipal de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
EC	Emenda Constitucional
IACI	Instituto Amazônico de Cidadania
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAO	Manaus
MPE	Ministério Público do Estado
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRODHSP	Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos à Saúde Pública
SEDUC	Secretaria Estadual de Educação
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SEMOSBB	Secretaria Municipal de Limpeza Pública
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSL	Unidade Básica de Saúde – Leste
UBSN	Unidade Básica de Saúde – Norte
UBSO	Unidade Básica de Saúde – Oeste
UBSS	Unidade Básica de Saúde – Sul
UIF	Unidade de Inteligência Financeira

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gestão da Saúde Pública no Amazonas	59
Figura 2	Tema da 12ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2017	79
Figura 3	Conselheiros participando da 12ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2017	79
Figura 4	Mesa de abertura da 12ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2017	79
Figura 5	Palestra realizada na 14ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2019	80
Figura 6	Folder da 14ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2019	81
Figura 7	Mesa de abertura da 14ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2019	81
Figura 8	Notícia no portal do jornal A Crítica	112
Figura 9	Notícia do portal Diário do Amazonas	112
Figura 10	Notícia trazida pelo site do jornal Em Tempo	140
Figura 11	Notícia trazida pelo site da Controladoria Geral da União	140
Figura 12	Criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde no Amazonas	147
Figura 13	Primeira reunião da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde no Amazonas	147

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Faixa etária dos participantes	128
Gráfico 2	Nível de escolaridade dos participantes	131
Gráfico 3	Quantidade de mandatos exercidos pelos participantes	134
Gráfico 4	Principais assuntos discutidos nas reuniões dos conselhos	142
Gráfico 5	Desempenho dos conselhos de saúde	174

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Proposições da temática “A saúde como direito”	33
Quadro 2	Sínteses das NOB’s/91/93/96 e NOAS /2001/2002	54
Quadro 3	Demonstrativo de gastos com saúde no Amazonas (2009-2019)	60
Quadro 4	Demonstrativo de gastos com saúde em Manaus (2009-2019)	61
Quadro 5	Distribuição e organização dos Distritos de Saúde em Manaus	62
Quadro 6	Competências SUSAM e SEMSA	63
Quadro 7	Composição do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas	76
Quadro 8	Composição do Conselho Municipal de Saúde de Manaus	77
Quadro 9	Relação de Conferências Municipais e Estaduais de Saúde realizadas em Manaus	84
Quadro 10	Propostas deliberadas e aprovadas na diretriz temática 2	90
Quadro 11	Propostas elaboradas na VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas	98
Quadro 12	Propostas elaboradas na VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus	103
Quadro 13	Propostas acerca do controle social em outros eixos da VII COMUS	104
Quadro 14	Diretrizes e propostas da VIII COMUS e VIII COES do Amazonas	108
Quadro 15	Entidades representativas que participaram da pesquisa	126
Quadro 16	Sobre a contribuição da participação social à política de saúde	151
Quadro 17	Grau de importância das conferências de saúde	159
Quadro 18	Articulação entre CMS e CES	171
Quadro 19	Desempenho do CES e CMS	174

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quantitativo de conselheiros de saúde entrevistados	125
Tabela 2	Classificação das atribuições do CMS	137
Tabela 3	Classificação das atribuições do CES	139
Tabela 4	Principais atividades desenvolvidas nos conselhos	141
Tabela 5	Principais assuntos debatidos nas Conferências de Saúde	161
Tabela 6	Principais dificuldades encontradas no exercício do controle social	167



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	19
<b>CAPÍTULO I – O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	27
Considerações iniciais .....	27
1.1 A saúde como direito de cidadania no Brasil.....	28
1.2 Da participação ao controle: a sociedade democrática em construção.....	39
1.3 A saúde no estado do Amazonas.....	53
<b>CAPÍTULO II – SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE CRÍTICA.....</b>	65
Considerações iniciais.....	65
2.1 Conselhos de Saúde no Amazonas: espaços de exercício da cidadania..	66
2.2 Conferências de Saúde no Amazonas: a gestão democrática em questão.....	82
2.2.1 VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus.....	88
2.2.2 VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas.....	94
2.2.3 VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus.....	99
2.2.4 Democracia e Saúde: As Conferências em 2019.....	105
2.3 Particularidades do controle social no Amazonas: a judicialização da saúde e gestão democrática.....	111
<b>CAPÍTULO III – OS PERCURSOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL: COOPERAÇÃO E LUTA.....</b>	122
Considerações iniciais.....	122
3.1 Participação cidadã e saúde: conhecendo os conselheiros da saúde.....	123
3.2 Breves apontamentos sobre a dinâmica dos conselhos de saúde.....	136
3.3 A dimensão participativa sob a ótica dos conselheiros de saúde.....	145
3.4 Limites e possibilidades de atuação dos conselheiros na gestão da política de saúde no Amazonas.....	165
<b>Considerações finais.....</b>	178
<b>Referências.....</b>	182
<b>Apêndices.....</b>	192
Formulário aplicado aos conselheiros de saúde.....	193

Roteiro de Entrevista para o Ministério Público do Estado.....	198
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	199
<b>Anexos</b> .....	201
Termo de Anuência para Submissão ao Comitê de Ética da UFAM (SEMSA)	202
Termo de Autorização e Compromisso do Pesquisador (SEMSA).....	203
Termo de Anuência (SUSAM).....	204
Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM.....	205

## INTRODUÇÃO

O controle social vem sendo debatido enquanto inovação do processo de redemocratização aprofundado no Brasil a partir da década de 1980. Cada vez mais amplo, esse debate deve ser encarado com a seriedade que pede a temática, diante de uma proposta de governo que vem cada vez mais revelando uma tendência neoliberal (a qual apresenta significativo avanço a partir da década de 1990) em um processo de retirada e desmonte de direitos sociais, desresponsabilizando o Estado na prestação desses serviços e na condução das políticas públicas, entre elas a saúde.

Na área da saúde, o controle social é instituído a partir de um aparato legal composto pela Constituição Federal de 1988, pela Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e pela Lei 8.142/90 que dispõe especificamente sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e institui os conselhos gestores da política de saúde. Além disso, o respaldo legal conta também com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.027 de 26 de novembro de 2007.

Em tempos de avanços da frente neoliberal e as contínuas propostas de desintegração do Sistema Único de Saúde, é importante que os sujeitos envolvidos nos espaços dos conselhos de saúde tenham propriedade sobre as propostas que norteiam esses cenários de discussão democrática da saúde e conheçam criticamente o controle social como caminho para o envolvimento dos cidadãos na construção de políticas, fiscalização das medidas implementadas e, sobretudo, como uma forma de se ter vez e voz na tomada de decisões de interesse da coletividade.

Caracterizada como inovação democrática trazida pela Constituição Federal de 1988, a participação social na saúde é efetivada pelo controle social que, por sua vez, é desenvolvido através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde que colaboram para o desenvolvimento do controle democrático.

A escolha por esta temática teve origem a partir do estágio supervisionado realizado ainda na graduação em Serviço Social na área da saúde. O estágio em

questão foi desenvolvido inicialmente no Distrito de Saúde Leste, na Divisão de Atenção à Saúde, na qual a assistente social era responsável pelo acompanhamento da implementação do controle social nos conselhos locais de saúde da zona Leste de Manaus.

Na etapa final da graduação, o estágio foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, onde os conselhos locais de saúde possuem sede, tendo sido possível observar a grande necessidade de um maior envolvimento da população junto ao conselho local e as dificuldades que o controle social tem encontrado na sua implementação. Contribuiu para esta escolha também a participação da pesquisadora no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC durante a graduação, em que foi desenvolvida pesquisa referente à temática.

Pesquisar o controle social hoje se constitui, primeiramente, em um grande desafio, uma vez que nos defrontamos diariamente com o retrocesso de uma democracia que, na verdade, não foi efetivamente consolidada na sociedade brasileira. Soma-se a isso o período contemporâneo em que o país se encontra, com profundo processo de regressão e desmonte de direitos sociais, corrupção e desvio de recursos públicos e uma sociedade que não consegue se posicionar diante das medidas tomadas por aqueles que estão no poder, eleitos para representar o povo.

Não podemos negar que a saúde foi uma das políticas que mais avançou com o processo de redemocratização no Brasil. Inicialmente instituída como seguro social, alcançando apenas aqueles inseridos no mercado formal de trabalho, com o processo democrático em andamento e a grande movimentação social, a saúde passa a compor o tripé da seguridade social, porém agora encontra-se ameaçada, em vias de retroceder à condição de seguro, frente ao avanço neoliberal que vem ganhando força.

Tomando como ponto de partida que a saúde, enquanto direito universal e dever do Estado, é uma das principais conquistas do processo de redemocratização brasileiro que se deu em grande parte pela ampla mobilização social em sua defesa, pelo surgimento de novos sujeitos participativos e com a organização da sociedade civil, é importante que o controle social na saúde seja incentivado e investigado enquanto caminho decisivo para o acesso democrático aos serviços de saúde.

Os conselhos e as conferências de saúde são espaços democráticos de discussão e viabilização do controle social, mas são também espaços de conflitos e lutas de interesses, muitas vezes contraditórios, em que sociedade civil e governo disputam cada qual em prol de seus próprios benefícios. Considerando as ameaças às quais a política de saúde vem sendo exposta, é crucial que esses espaços se caracterizem enquanto instâncias de representação dos interesses da coletividade e da democracia, pressionando o governo e redirecionando suas decisões, primando pela garantia de uma saúde pública e universal e dialogando enquanto mecanismos de exercício da cidadania.

É importante pesquisar o controle social na saúde, pois a sua efetivação contribui para o fortalecimento da sociedade civil e para uma gestão compartilhada da saúde, além disso é um dos caminhos para frear o desmonte da política de saúde. É necessário investigar como vem ocorrendo a sua implementação, quais interesses têm prevalecido nessas instituições e quais expectativas elas vêm atendendo, se as da sociedade ou as do governo.

Os conselhos são responsáveis pela organização e realização das conferências de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional. Estas conferências, por sua vez, devem estar voltadas para a discussão e debate dos assuntos pertinentes à saúde pública com ênfase em medidas que busquem a melhoria no acesso à saúde, bem como a efetivação do SUS como proposto na política de saúde brasileira, buscando uma gestão compartilhada e democrática da saúde brasileira.

Os conselhos de saúde, enquanto organizações que contribuem para a efetivação da democracia, também são caracterizados enquanto espaços de contradição em que são debatidos vários interesses entre seus membros. Dessa forma, os conselheiros de saúde desempenham uma função importante, a de representar a população no que diz respeito aos interesses da coletividade. Interesses esses que devem objetivar melhorias nas condições de acesso à saúde e na manutenção, democratização e ampliação do SUS.

Assim, o *locus* desta pesquisa é constituído pelo Conselho Municipal de Saúde de Manaus e pelo Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, situados à Rua

Comandante Paulo Lasmar, s/n, Conjunto Santos Dumont, Bairro da Paz e Avenida André Araújo, 701, Aleixo, respectivamente.

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela Lei nº 066 de 11/06/1991, regulamentado pelo Decreto nº 1.056 de 01/04/1992 e alterado pela Lei Municipal nº 1.094, de 09/01/2007 sendo composto por 32 membros titulares e seus respectivos suplentes. O Conselho Estadual de Saúde, por sua vez, foi instituído nos termos da Lei nº 2.221 de 17 de maio de 1993 e alterado pela Lei nº 2.670 de 23 de julho de 2001 e possui em sua composição 16 membros titulares e seus respectivos suplentes.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, tem seus procedimentos metodológicos embasados na Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da UFAM, CAAE: 15968519.0.0000.5020, disponível para consulta no sítio eletrônico da Plataforma Brasil.

Esta pesquisa foi guiada pelo materialismo histórico dialético, uma vez que este método parte de uma perspectiva crítica para a análise da realidade social, levando em conta as contradições que permeiam essa realidade. As categorias do método que norteiam esse trabalho são a totalidade<sup>1</sup>, a contradição<sup>2</sup> e a hegemonia<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Sobre a totalidade, Lefebvre (1991) destaca que “[...] conhecer um objeto ou um fenômeno é justamente não considerá-lo como sendo isolado, não deixá-lo passivamente no hic et nunc, no aqui e agora. É investigar suas relações, suas causas” (p. 184). Dessa forma, a totalidade leva em conta os diversos elementos que contribuem para a interpretação da realidade de forma coletiva e integrada.

<sup>2</sup> A contradição é explicada por Marx (2004) a partir do mundo do trabalho ao apontar que “[...] o trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz a privação para o trabalhador. Produz palácios, mas casebres para o trabalhador. Produz beleza, mas deformidade para o trabalhador. Substitui o trabalho por máquinas, mas lança uma parte dos trabalhadores para um trabalho bárbaro e transforma os outros em máquinas. Produz inteligência, mas também produz estupidez e o cretinismo para os trabalhadores” (p. 161). Observamos, portanto, que a contradição está presente no cotidiano da vida e em todas as relações sociais permitindo também que haja o diálogo e a discussão das ideias, características fundamentais do método dialético.

<sup>3</sup> A hegemonia, categoria aprofundada por Gramsci, envolve duas perspectivas: A primeira compreende um processo específico na sociedade civil. Nesse sentido, um determinado grupo impõe suas opiniões e decisões sobre outro grupo, fazendo com que essas decisões assumam uma característica de conjunto, quando, na verdade, correspondem aos interesses de somente uma das partes. A segunda refere-se à relação entre as classes dominantes e as dominadas. Compreende o poder exercido pelas classes dominantes, através de sua liderança política, moral e intelectual sobre as classes dominadas, que assumem uma postura de subordinação, tendo seus interesses pautados pelas classes dominantes (CARNOY, 1994, p. 95 *apud* MACHADO, 2013, p. 37).

Trata-se de uma pesquisa de natureza explicativa, de cunho qualitativo e quantitativo, uma vez que, segundo Demo (2002), a pesquisa qualitativa “não substitui a quantitativa, porque toda realidade social é, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa, não cabendo qualquer dicotomia” (p. 364). Os dados quantitativos foram utilizados para auxiliar no processo de análise do objeto, sendo a análise de conteúdo uma técnica também adotada deste estudo.

A pesquisa contou com uma amostra de 20 sujeitos dos quais 15 compõem o Conselho Municipal de Saúde de Manaus e 5 compõem o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Foi também realizada a análise dos relatórios finais das conferências de saúde realizadas em Manaus no período de 2010 a 2019.

É importante ressaltar aqui algumas das principais dificuldades encontradas na trajetória da pesquisa documental e de campo. Durante nossa jornada em busca dos relatórios finais das conferências de saúde realizadas em Manaus, nos deparamos com algumas dificuldades. Esses documentos, considerados de interesse público e que devem ser disponibilizados através dos diversos meios disponíveis (impresso, mídia, internet), não foram possíveis de serem encontrados de forma independente, ou seja, para termos acesso aos mesmos foi necessário uma solicitação inicialmente via e-mail e telefone e, no caso específico do Conselho Estadual de Saúde, foi necessário o deslocamento até a sede da instituição para solicitação dos referidos relatórios. Infelizmente, no caso do CES, o único relatório disponível a que pudemos ter acesso foi o relatório da VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, realizada em 2011.

No caso do contato com os conselheiros de saúde, muitos mostraram resistência em participar da pesquisa, declinando do convite, de outros, apesar de estabelecermos contato, não obtivemos retorno e outros ainda, que solicitaram responder ao formulário via e-mail também não houve retorno, apesar das insistentes solicitações. Diante disso, não foi possível alcançar 100% dos conselheiros de saúde, os quais totalizavam 38 sujeitos. Durante a pesquisa de campo, também foi realizada uma entrevista com a pessoa responsável pela 58ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos à Saúde Pública, do Ministério Público do Estado do Amazonas,

referente às denúncias que tornaram necessárias a intervenção ministerial junto aos Conselhos de Saúde.

Os conselhos são espaços de discussão e de participação da sociedade no processo de tomada de decisões do Estado acerca de interesses coletivos. Sendo assim, são de extrema importância para a ampliação da democracia e fortalecimento da cidadania. Portanto, é fundamental que essas instituições e seus membros atuem, tanto em âmbito municipal quanto estadual, na busca pela efetivação do controle social na política de saúde e na gestão do SUS.

Assim, o objetivo maior deste trabalho consiste na análise das formas pelas quais vem se processando a efetivação do controle social no Amazonas, no âmbito dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde de Manaus, destacando as dinâmicas de participação social para a viabilização do direito à saúde.

A pesquisa apresenta os seguintes objetivos específicos: 1) Verificar as discussões empreendidas sobre o controle social nos espaços das conferências estaduais e municipais de saúde de Manaus no período de 2010 a 2019; 2) Caracterizar a organização e o funcionamento dos conselhos de saúde, enfocando os desafios para a efetivação do controle social; e 3) Examinar a visão dos sujeitos sociais envolvidos – conselheiros de saúde – acerca do desenvolvimento do controle social na saúde, seus limites e suas possibilidades de atuação.

Frente à essas propostas, nosso grande interesse consiste na descoberta acerca do nível de envolvimento e desempenho desses conselhos na busca pela concretização dos princípios democráticos que regem a política de saúde e se de fato eles têm contribuído para o fortalecimento de uma gestão mais democrática dessa política. Para uma melhor delimitação do estudo, o mesmo encontra-se dividido em 3 capítulos.

No capítulo I, intitulado **O controle social na política de saúde**, buscamos fazer um breve resgate histórico da conquista do direito à saúde enquanto direito de cidadania através das lutas democráticas que ganharam força e tomaram as ruas do Brasil como palco na década de 1980. Enfatizamos a importância dessas lutas e da tomada de consciência de grande parte da população brasileira para resgatar a



relevância de uma sociedade democrática na construção, ampliação e fortalecimento da democracia brasileira. Ainda nesse capítulo, apresentamos a organização dos serviços de saúde no estado do Amazonas e na cidade de Manaus, ressaltando as particularidades que o estado apresenta e os desafios à efetivação do SUS em um território tão amplo quanto o nosso.

No capítulo II, **Saúde e gestão democrática: uma análise crítica**, seguimos analisando os conselhos de saúde enquanto espaços de exercício da cidadania, não deixando de lado os aspectos contraditórios e os conflitos de interesses que permeiam essas instituições. Nesse capítulo foi realizado um estudo dos relatórios das conferências de saúde realizadas no período de 2010 a 2019 na cidade de Manaus, destacando os eixos de discussão acerca do controle social e a busca pela sua efetivação na política de saúde. Aqui também levantamos o debate sobre a intervenção do Ministério Público do Estado do Amazonas junto ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus e ao Conselho Estadual de Saúde do Amazonas caracterizando os processos que acabam judicializando a saúde no Amazonas.

O capítulo III, **Os percursos da participação social: cooperação e luta**, faz uma análise da participação cidadã na política de saúde, elencando os aspectos de consenso e luta que se fazem presentes na atuação dos conselheiros de saúde. Nesse capítulo buscamos conhecer esses sujeitos e analisar a realidade social na qual estão inseridos no âmbito dos conselhos de saúde e do exercício do controle social nesses espaços. Assim, destacamos a dinâmica de funcionamento dos conselhos de saúde, bem como os desafios e as possibilidades na atuação dos conselheiros, a fim de avaliar até que ponto há, de fato, efetivação de uma gestão realmente democrática na política pública de saúde.

Assim, destacamos que esta pesquisa contribui para o conhecimento e compreensão das atividades desenvolvidas pelos Conselho Municipal de Saúde de Manaus e Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, vislumbrar os avanços, retrocessos, desafios, possibilidades e também os limites que se apresentam aos conselhos e, conseqüentemente, aos conselheiros de saúde.

Para os conselheiros de saúde, pode contribuir para a compreensão da realidade social na qual estão inseridos, a fim de que os mesmos possam refletir acerca do papel que desempenham e ampliar as suas estratégias de atuação para o fortalecimento da gestão democrática da saúde.

Para os pesquisadores, estudantes e profissionais, a pesquisa contribui para o aprofundamento da temática ao apresentar os resultados que serão obtidos no âmbito do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas e Conselho Municipal de Saúde de Manaus, colaborando para a produção do conhecimento da realidade local.

No que tange à sociedade civil organizada e aos demais interessados pela temática, a pesquisa analisa um cenário em que o interesse público é debatido e decisões importantes acerca da saúde são tomadas no estado do Amazonas. Portanto, o estudo contribui para a socialização e a publicização do conhecimento.

## CAPÍTULO I

### O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

*“A gente quer viver plenos direitos.  
A gente quer viver todos os defeitos.  
A gente quer viver uma nação.  
A gente quer é ser um cidadão”.*  
(Gonzaguinha)

#### Considerações Iniciais

A política de saúde no Brasil, embora reconhecida como uma das mais avançadas e com alto nível de abrangência da população, ainda não conseguiu se efetivar da forma como foi proposta e, desde a sua implantação, vem sofrendo investidas do governo que visam a sua privatização e mercadorização, caracterizando um retrocesso à condição anterior de seguro em detrimento da seguridade social.

Implantada a partir da Constituição Federal de 1988, a política de saúde é resultado das lutas e organização de uma sociedade que encontrava-se na ânsia por maior oportunidades de participação e de democratização de direitos. Como fruto de um processo de redemocratização brasileira, a saúde traz consigo a implantação também do controle social como forma de inserção da sociedade na vida política do Estado e nas decisões acerca da saúde no que tange aos direitos da coletividade.

Este capítulo trata de assuntos importantes no que diz respeito à democratização da saúde e sua implementação enquanto direito de todos garantido pelo Estado. O capítulo aborda os caminhos percorridos pela política de saúde em busca de sua efetivação enquanto direito de cidadania o que, por sua vez, só foi possível a partir da organização da sociedade e da luta pela democracia. A pressão exercida pela sociedade sobre o governo fez com que este recuasse de uma posição autoritária, abrindo caminho para o renascimento da democracia no país. Por fim, o capítulo também aborda a forma como a política de saúde encontra-se organizada no

Amazonas, sua implementação e os desafios enfrentados no processo de redemocratização e descentralização da saúde.

### **1.1 A saúde como direito de cidadania no Brasil**

A história das políticas sociais no Brasil tem se desenhado, de forma característica, enquanto longos e complexos momentos de luta e tomada de consciência da sociedade frente à negação do Estado em assumir responsabilidades de intervenção que busquem, por sua vez, assegurar sobretudo direitos e garantias sociais.

A política de saúde, em meio a tantas outras políticas, tem sido construída a partir da organização da sociedade civil na busca por uma saúde universal e de qualidade, oferecida pelo Estado e capaz de alcançar a todos os cidadãos com equidade.

Falar de saúde enquanto direito de cidadania no Brasil nos remete, em primeiro lugar, ao conceito próprio de cidadania em uma sociedade capitalista. Cabe ressaltar, antes de tudo, que no Brasil o processo de construção da cidadania não se deu conforme o modelo europeu proposto por Thomas Humprey Marshall, em 1940.

Em seu estudo, Marshall expôs que a cidadania compunha-se de três grupos de direitos, que se desenvolveram em diferentes épocas – embora tenha se baseado na realidade inglesa: os civis, surgidos no século XVIII; os políticos, no século XIX; e os sociais, no século XX. Tais direitos foram conquistados por meio de movimentos democráticos e passaram a ser amparados por instituições públicas, que correspondiam a cada tipo de direitos, a saber: as leis [...]; a democracia parlamentar [...]; o sistema educacional e os serviços sociais [...] (PEREIRA, 2009, p. 95-96).

No realidade brasileira, os direitos que compõem a cidadania foram sendo adquiridos de forma fragilizada e sem grande envolvimento social. Além disso, a instabilidade desses direitos sempre foi uma característica marcante no Brasil, onde

primeiro foram estabelecidos em lei, de forma precária, os direitos civis durante o período da Primeira República (1889-1930). Em seguida temos uma grande expansão dos direitos sociais com a Era Vargas (1930-1945), na qual a legislação social implementada na época não contou com o mínimo envolvimento político da sociedade, como bem menciona Carvalho (2015), foi um período de cidadania em negativo.

Por fim, chega a vez dos direitos políticos que foram alcançados durante a Quarta República do Brasil, também chamada de período democrático (1945-1964) que teve início com a derrubada de Getúlio Vargas e perdurou até 1964, tendo como características principais a volta da liberdade de imprensa e organização política (CARVALHO, 2015). Para o referido autor:

O período de 1930 a 1945 foi o grande momento da legislação social. Mas foi uma legislação introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis. Este pecado de origem e a maneira como foram distribuídos os benefícios sociais tornaram duvidosa sua definição como conquista democrática e comprometeram em parte sua contribuição para o desenvolvimento de uma cidadania ativa (CARVALHO, 2015, p. 114).

Percebemos que no Brasil os direitos sociais aparecem antes dos direitos políticos e, conseqüentemente, sem participação política da sociedade, o que faz com que os mesmos não sejam compreendidos como direitos de fato, uma vez que, inicialmente, eram direcionados apenas àqueles inseridos no mercado formal de trabalho. Soma-se a isso o período ditatorial (1964-1985) no qual houve grande repressão aos direitos civis e políticos e expansão dos direitos sociais.

É nesse cenário desalinhado, portanto, que a cidadania no Brasil vem se construindo, entre avanços e retrocessos e em meio à grande parte de uma sociedade ainda pouco familiarizada com um significado mais crítico do que vem a ser a cidadania. A oportunidade para aprofundamento da cidadania só encontra espaço nos processos de organização e luta social, sem os quais não há vitória para a classe trabalhadora. Segundo Coutinho (2000):

Como todos os âmbitos da vida social, também a esfera das políticas sociais é determinada pela luta de classes. Através de suas lutas, os trabalhadores postulam direitos sociais que, uma vez materializados, são uma indiscutível conquista, mas isso não anula a possibilidade de que, em determinadas conjunturas, a depender da correlação de forças, a burguesia use as políticas sociais para desmobilizar a classe trabalhadora, para tentar cooptá-la, etc. (p. 64).

Daí a necessidade permanente da classe trabalhadora em se manter em posição de defesa frente aos avanços da classe dominante em sua tentativa de negação e retirada de direitos. A partir desse cenário de lutas, compreendemos que a cidadania possui vários significados e que não é algo já pronto e acabado, mas que se encontra em constante processo de construção e desenvolvimento. Partindo desse pressuposto, nos embasamos aqui no conceito de Coutinho (2000), o qual afirma que:

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (p. 50).

É compreensível que, em um país como o Brasil, de capitalismo periférico e com altos índices de desigualdade social, com uma expressiva riqueza social produzida e injustamente distribuída, concentrada nas mãos de um minoria dominante (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2010), a cidadania se apresente como um grande e constante desafio a ser diariamente conquistado pelos indivíduos. De acordo com Soares (2012):

A desigualdade social no Brasil é reflexo das contradições geradas pelo modo capitalista de produção e das condições sócio-históricas presentes desde a formação de sua vida social. Tal fator dificultou o exercício da cidadania por grande parte da população, distanciando-a da dimensão do direito, contribuindo para reforçar o aspecto conservador em que se processou a modernidade brasileira, bem como o desenvolvimento socioeconômico, aparentemente independente da esfera política (p. 34).

O modo de produção capitalista tem como pressuposto uma sociedade de classes na qual os mais fortes e poderosos dominam os mais fracos. Neste quadro, se torna extremamente difícil o entendimento, por parte dos mais fracos, do significado da cidadania enquanto garantia ampla de direitos. Weffort (1992) nos aponta o cenário desenhado pelo capitalismo na sociedade brasileira: “De um lado, uma pequena minoria acumula poder, riqueza e prestígio social. De outro, a grande maioria leva uma vida de ‘dificuldades, penúria, dependência reprimida e relativa ignorância’” (p. 25).

A mudança para esse cenário parece distante, mas se torna possível a partir da percepção da sociedade do direito a ter direitos, da organização social na busca por melhorias nos serviços sociais, tais como educação, saúde, segurança, etc. e do reconhecimento desses serviços enquanto direitos de cidadania.

Em segundo lugar, discutir a saúde enquanto direito de cidadania, nos faz regressar à década de 1970<sup>4</sup>, ainda em regime ditatorial no Brasil, e na qual houve uma ampla e significativa movimentação de diversos sujeitos e grupos sociais na busca por direitos. Foi a partir da segunda metade da década de 1970 que, a fim de democratizar a saúde, conforme Paim (2009):

[...] foi organizado um movimento social, composto por seguimentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Trata-se do movimento da RSB [Reforma Sanitária Brasileira], também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde (p. 39-40).

---

<sup>4</sup> A partir de 1974, com a posse do general Ernesto Geisel, é iniciado um lento processo de retorno à democracia, com o que se chamou de abertura política. No período de 1974-1985, mesmo em regime militar, voltam aos poucos os direitos civis e políticos (CARVALHO, 2015).

Dessa vez, com ampla participação e envolvimento da sociedade, o Movimento de Reforma Sanitária – MRS no Brasil contribuiu de forma relevante para a configuração da luta por uma política de saúde enquanto direito social de cidadania, sendo reconhecido como um dos principais movimentos que contribuíram para o processo de redemocratização<sup>5</sup> brasileira.

A luta engajada pela sociedade, refletida no Movimento de Reforma Sanitária, representou um avanço na concepção de cidadania para os brasileiros. A busca pelo direito a uma saúde universal representa também o reconhecimento do indivíduo enquanto cidadão. A população ansiava pelo fim, de uma vez por todas, do regime ditatorial e pela oportunidade de ser reconhecida e tratada, todos e cada um, como cidadãos detentores de direitos.

Com o engajamento e a organização da sociedade, articulada em diversos momentos com variados grupos populares<sup>6</sup> e com o Movimento de Reforma Sanitária, eclode o tão esperado momento e, em 15 de janeiro de 1985, é decretado oficialmente o fim do regime militar no Brasil, o que marca o início de um retorno aos padrões democráticos de governo. Com o fim da ditadura no país, torna-se possível a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, momento histórico no processo de democratização da política pública de saúde. Segundo relata Paim (2009):

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo 'Saúde' da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde [...], que permitiram a implantação do SUS. Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de

---

<sup>5</sup> O período de redemocratização brasileira pode ser denominado de “Transição Democrática” e teve início a partir da abertura política ainda durante o governo do general Ernesto Geisel, em 1974 e ganhou força com a passagem do regime militar no país ao regime democrático e com a volta das eleições diretas para presidente (1985). Houve, então, uma reorganização institucional que culminou com a promulgação da Constituição de 1988 e através da forte mobilização social, as políticas sociais tornaram-se centrais, ocupando lugar de destaque na nova Constituição que traz, pela primeira vez, o conceito de Seguridade Social (PEREIRA, 2011).

<sup>6</sup> Referimo-nos, por exemplo, aos momentos como o Protesto contra a Censura, em 1968 (REIMÃO, 2014), ao Movimento Grevista, em 1978 (ABRAMO, 1999), ao Movimento Diretas Já, em 1985 (NERY, 2010), os quais se configuram em grandes marcos no processo de redemocratização do Brasil.



movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (p. 40).

A VIII Conferência Nacional pode ser considerada um dos principais e mais importantes momentos na história da democratização da saúde. Ela se debruçou sobre três temáticas principais: “A Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor”. No primeiro tema, “A Saúde como Direito”, foram aprovadas 13 proposições, das quais cabem ser destacadas aqui pelo menos três, a saber:

**Quadro 1** – Proposições da temática “A Saúde como Direito”

1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
2. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
3. Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

**FONTE:** Ministério da Saúde (1986, p. 4).

O grande destaque nessas três proposições é a nova significação que assume a saúde, não mais partindo de um sentido estritamente patológico, como ausência de doenças, mas levando em consideração os diversos aspectos da realidade social que norteiam a vida cotidiana dos indivíduos.

Quanto ao segundo tema, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, foram 27 propostas aprovadas que, segundo Paim (2008) foram elaboradas a partir do reconhecimento da “[...] debilidade da organização da sociedade civil e a existência de um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor” (p. 124). Essas propostas apontavam para medidas como regionalização, hierarquização,

atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

No terceiro eixo, “Financiamento do Setor”, foram apenas nove proposições, das quais ressaltamos a constituição de um orçamento social, criação dos fundos de saúde e o financiamento do sistema de saúde enquanto responsabilidade do Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

A efervescência social que norteou a segunda metade da década de 1970 e a de 1980 e que culminou com o fim o regime militar marca o início de um novo olhar da sociedade sobre o Estado. Esse novo olhar começava a compreender que as decisões do Estado necessitavam ser redirecionadas para atender as demandas da coletividade. Tem início, assim, um novo processo de redemocratização da sociedade brasileira que, em 1988, resulta na promulgação da Constituição Federal. Essa Constituição, considerada a Lei Magna do país, é redigida com várias inovações democráticas e ganha o rótulo de Constituição Cidadã. Weffort (1992) nos conta que:

Durante as sessões da Assembleia Nacional Constituinte, as galerias no Congresso Nacional foram ocupadas, pacífica e democraticamente, por todos os grupos de pressão existentes na sociedade e isto foi um prenúncio do caráter abrangente da nova Constituição. Além de garantir a coexistência dos grupos dominantes, ela também assegurou a coexistência de *todos* os segmentos organizados da sociedade, inclusive de setores das classes dominadas, especialmente dos trabalhadores urbanos (p. 18, grifos do autor).

A Constituição de 1988 é o grande marco histórico do processo de redemocratização da sociedade brasileira, construída a partir da pressão das classes subalternas<sup>7</sup> e com a participação destas, tornada possível através da organização de diversos grupos sociais. É nesse documento magno que, pela primeira vez na história

---

<sup>7</sup> As classes subalternas, segundo Cardoso (2005) são aquelas nas quais concentram-se trabalhadores dos setores produtivos e improdutivos, subempregados, desempregados eventuais, os trabalhadores que não conseguem ser incorporados ao mercado formal de trabalho e todos aqueles que encontram-se sob o domínio das classes representativas do capital.

do Brasil, a saúde aparece, em um capítulo inteiro dedicado à ela, como direito de todos e dever do Estado. Conforme destaca Paim (2009):

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social. [...] antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social] (p. 41).

A Constituição de 1988 é uma vitória das classes subalternas brasileiras, ela representa o renascimento das forças democráticas da nação e marca o início de uma nova era de direitos sociais garantidos enquanto seguridade social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social) e enquanto direitos de cidadania, uma vez que está alicerçada nos princípios básicos de cidadania e democracia. Sendo assim, é importante mencionar que, para esta Constituição, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante medidas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir desse momento, registramos a passagem histórica da saúde do status de seguro para a condição de seguridade social. Isso significa que a política de saúde passa a ter caráter universal e não contributivo, constituindo-se em direito universal de cidadania.

Reconhecer a saúde enquanto direito significa entender que ela vai além da condição patológica associada ao seu significado durante tanto tempo. Significa compreendê-la enquanto resultado dos diversos fatores que rodeiam a realidade social da vida cotidiana de cada cidadão Para Scliar (2007), “o conceito de saúde reflete a

conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social” (p. 30).

O autor trata de conceituar a saúde a partir da própria concepção apresentada pela Organização Mundial da Saúde – OMS em 1948, a qual diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades” (SCLIAR, 2007, p. 37).

No contexto brasileiro, esse reconhecimento, conforme afirmado anteriormente, só chegou com a promulgação da Constituição de 1988. Em 1990 temos as Leis 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei 8.142/90 que, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Assim, podemos afirmar que esse conjunto de leis forma o principal arcabouço legal que assegura a saúde como direito de cidadania no Brasil.

É, portanto, um grande avanço na legislação brasileira – apesar de todas as fragilidades e retrocessos que vem sofrendo a política de saúde – a sua inserção na Constituição Federal de 1988 como um dos pilares do tripé da seguridade social, de responsabilidade do Estado, bem como a publicação das leis 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080/90 estabelece que:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

**Parágrafo único:** Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Observamos que essa concepção acerca da saúde se aproxima bastante da noção apresentada pela OMS, relacionando-a com os diversos aspectos que fazem

parte da vida social e que, juntamente com a saúde, são direitos fundamentais sem os quais não há possibilidade de ampliação da cidadania.

Quando se trata do direito à saúde, o SUS constitui uma conquista inigualável no quesito cidadania, principalmente ao ser proposto como direito de todos, mas também por apresentar princípios democráticos como a descentralização, atendimento integral, participação da comunidade, universalidade, etc. Seus princípios doutrinários, segundo o Ministério da Saúde, são a universalidade, a equidade e a integralidade.

A universalidade é entendida como a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

A equidade, por sua vez, deve tratar de assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

Por fim, a integralidade representa o reconhecimento na prática dos serviços de que: 1) cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; 2) as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; 3) as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O SUS é inegavelmente uma conquista das classes subalternas da sociedade brasileira, um reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito de direitos e, portanto, um reconhecimento da própria cidadania desses sujeitos. Uma política de saúde voltada para um atendimento universal e integral, não contributivo, foi certamente um grande

avanço no processo de construção e ampliação de direitos sociais e é através da apropriação desses direitos que a cidadania vai tomando forma, uma vez que “os direitos sociais são os que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade” (COUTINHO, 2000, p. 62).

Resultado de um momento histórico sem precedentes, o SUS foi delineado para ser algo grande, abrangente, universal. Um sistema capaz de comportar os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e trazer dignidade aos cidadãos brasileiros. Embora a Constituição de 1988 aponte como livre a iniciativa privada na política de saúde, o SUS tem representado a principal forma de acesso à essa política para a grande massa da população brasileira. Ocké-Reis (2012) ressalta que:

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde e o segundo em todo o mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, em número de transplantes de órgãos. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual vai desde a assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência. Além disso, conta com excelente programa de vacinação e um programa de combate ao vírus reconhecido internacionalmente. Realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive com células-tronco (p. 25).

Através da fala do autor, podemos ter noção da abrangência do SUS e, conseqüentemente, da magnitude que ele representa enquanto conquista da classe trabalhadora. No entanto, toda essa magnitude que atende milhões de pessoas, também deixa à margem outros milhões, uma vez que vem sendo, nas últimas décadas, alvo de desmontes que precarizam significativamente os serviços oferecidos em conjunto com a constante expansão do setor privado que acentua o processo de mercantilização da saúde. Para Bravo (2006, a) “a proposição inscrita na Constituição de 1988, de um sistema público universal, não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direitos” (p. 78).

O SUS está aí, como direito de cidadania respaldado em leis, como vitória e resultado da luta e organização da sociedade. Porém, não tem conseguido alcançar todos os indivíduos em cada uma de suas necessidades, caracterizando um desafio

contínuo a sua manutenção e possível ampliação. Essa garantia tem se amparado no horizonte de uma sociedade cada vez mais fortalecida e organizada, capaz de penetrar nos espaços políticos do Estado e redirecionar suas ações, em outras palavras, uma sociedade democrática, da qual trataremos a seguir.

## **1.2 Da participação ao controle: a sociedade democrática em construção**

A construção de uma sociedade democrática tem se caracterizado enquanto um longo e demorado processo norteado por diretrizes e princípios que foram sendo construídos ao longo dos tempos. Essa construção tem sido possível através da organização da sociedade, das muitas lutas engajadas na busca por direitos e pela democratização no acesso a esses direitos, na batalha pela participação e envolvimento da comunidade nas políticas sociais e vem sendo refletida em diversas manifestações que demandam um maior envolvimento da sociedade no meio político e na esfera pública<sup>8</sup>, assim como na tomada de decisões que afetam a vida cotidiana da coletividade. Segundo nos aponta Touraine (1996):

A democracia seria uma palavra bastante pobre se não tivesse sido definida nos campos de batalha nos quais tantos homens e mulheres combateram por ela. E se temos necessidade de uma definição consistente da democracia, é, em parte, porque é preciso manifestá-la contra aqueles que, em nome das antigas lutas democráticas, tornaram-se ou ainda permanecem servidores do absolutismo e da intolerância (p. 21).

Conforme o autor, a democracia vem sendo construída a partir das lutas que partem de baixo para cima, não é algo que o Estado, deliberadamente, outorga à

---

<sup>8</sup> A esfera pública, nas palavras de Gohn (2011) comporta a interação entre os grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais, etc. A natureza dessa esfera é essencialmente política argumentativa. É um espaço para o debate, face a face, dos problemas coletivos da sociedade, diferenciado do debate no espaço estatal propriamente dito (p. 39).

sociedade. No cenário brasileiro, a democracia tem sido reconstruída a partir da década de 1970 e, de forma mais revigorada, a partir de 1985, com o fim do regime militar no país e o início da chamada transição democrática (PEREIRA, 2011). É importante ressaltar que:

No Brasil, ocorreu uma particularidade: o restabelecimento do Estado de direito não coincidiu com a instauração de uma Constituição democrática. O país deixou de ser regido por uma ditadura – predomínio de um estado de exceção, quando prevalece a vontade, arbitrária, dos governantes, que podem fazer e desfazer leis – sem adotar de imediato, através de uma Assembleia eleita, uma Constituição democrática. Em outras palavras: no período da transição *já* não havia ditadura, mas *ainda* não existia uma democracia (REIS, 2014, p. 125, grifos do autor).

Apenas em outubro de 1988 é promulgada a Constituição Federal e, no entanto, 30 anos após a sua promulgação, a democracia tem se tornado um alvo de retrocessos e carece cada vez mais da organização, resistência e luta da sociedade. É, pois, urgente, que a sociedade se movimente e se articule a ponto de explorar e exercitar a democracia através do envolvimento e da participação social. O envolvimento da sociedade nas instituições e na gestão das políticas públicas é um caminho valioso para o estabelecimento de um controle das ações do Estado a partir da grande massa, ou seja, a partir do povo, caracterizando a prática democrática já que, conforme aponta Coutinho (2000):

[...] democracia é sinônimo de soberania popular. Ou seja: podemos defini-la como a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social (p. 50).

No que condiz à democracia, a relação Estado/Sociedade é imprescindível para a compreensão dos processos constitutivos da democracia brasileira. Partimos,



portanto, da perspectiva gramsciana como caminho para alcançar tal compreensão. Temos, em Gramsci, um Estado ampliado, composto e permeado não só pela sociedade política, mas também pela sociedade civil. As discussões gramscianas sobre o Estado, conforme explicita Simionatto (1999) “[...] apresentam-se, a partir da existência de duas esferas distintas no interior das superestruturas, quais sejam: a) sociedade civil e, b) sociedade política” (p. 65). Portanto, é importante entender o conceito de sociedade civil e sociedade política em Gramsci. Simionatto (1999) aponta que:

Em Gramsci, a sociedade civil aparece como ‘o conjunto de organismos chamados privados e que correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce sobre toda a sociedade’. Em outros termos, a sociedade civil compreende o conjunto de relações sociais que engloba o devir concreto da vida cotidiana, da vida em sociedade, o emaranhado das instituições e ideologias nas quais as relações se cultivam e se organizam. A sociedade política, no pensamento gramsciano, indica o conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante exerce a violência. Na sociedade política (Estado em sentido estrito, ou Estado-coerção), ocorre sempre o exercício da ditadura, ou seja, da dominação baseada na coerção (p. 68).

A concepção de Estado ampliado gramsciano nos coloca diante de um Estado democrático, ou seja, um Estado que governará juntamente com a sociedade civil e que, por consequência, deve contar com a participação ampla dos sujeitos contribuindo para o aprofundamento na construção de uma sociedade democrática. Chauí (2006) indica que:

[...] o fortalecimento da classe operária (em virtude da emancipação legal do trabalho, da criação do mercado de trabalho livre, da industrialização e da concentração do capital) e a necessidade de unificações nacionais (seja por ameaças externas, seja por guerras de libertação nacional) forçaram a classe dominante a alargar as franquias democráticas, ainda que sob controle (p. 221).

Tem-se, assim, uma forma de governo baseada na relação entre coerção e consenso, em que diversos interesses estão em jogo, e na qual o envolvimento da sociedade civil deve ocorrer de forma efetiva, a fim de que se possa realmente exercer a democracia. Ao citar o conjunto de organismos da hegemonia privada que compõe a sociedade civil, concordamos com Coutinho (2000), quando afirma que estes:

São os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais etc., tudo aquilo que resulta de uma crescente 'socialização da política', ou seja, do ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos individuais e coletivos. [...] A 'sociedade civil', em Gramsci, é uma importante arena de luta das classes: a partir de seu surgimento, é sobretudo nela que as classes lutam para obter hegemonia, ou seja, direção política fundada no consenso, capacitando-se assim para a conquista e o exercício efetivo do poder governamental (p. 170-171).

No contexto brasileiro, inserido na realidade de um capitalismo periférico, não tem sido fácil construir uma sociedade hegemonicamente democrática. Em um cenário de precarização cada vez mais intensa de diversas políticas sociais, de exclusão das grandes massas no acesso aos serviços e direitos sociais, do não envolvimento dessas massas nos processos decisórios, a democracia tem sido um constante desafio, seja no acesso a direitos que, constitucionalmente, são tidos como universais, seja na legitimação dos sujeitos sociais enquanto sujeitos políticos. Para Coutinho (2000):

A democracia só realizará seu valor universal no Brasil se essas grandes massas de excluídos forem incorporadas ao processo social como autênticos protagonistas. Só pode haver democracia para as grandes massas da população se elas forem capazes de se organizar, de expressar seus anseios e de obter efetivamente conquistas sociais, culturais e políticas no quadro de uma institucionalidade em permanente expansão. Assim, a democratização é um valor universal sobretudo porque é um permanente desafio. Nunca poderemos chegar a um ponto que nos permita dizer que a democracia está acabada. A democracia é um processo que devemos conceber como em permanente construção (p. 131).

Como processo em construção, a efetivação da democracia depende da capacidade de organização da sociedade civil na busca pelos interesses da coletividade. Acima dessa capacidade encontra-se principalmente, a faculdade de ser e de se reconhecer enquanto cidadãos. Esse reconhecimento é o passo inicial para a construção de uma consciência crítica quanto ao acesso a direitos e serviços sociais de qualidade, bem como ao direito de participação na tomada de decisões e ao envolvimento na esfera política do Estado enquanto sujeitos políticos.

A educação tem aqui uma atribuição fundamental, uma vez que seu papel deve ser o de emancipação e libertação humana para o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, o que torna preocupante a realidade do Brasil, na qual podemos observar uma educação profundamente fragilizada e voltada para responder aos interesses do capital e do mercado, em detrimento de uma formação cidadã (BOSCHETTI, 2000). Sobre a função da educação, Mészáros (2008) nos alerta:

Uma das funções principais da educação formal nas nossas sociedades é produzir tanta conformidade ou 'consenso' quanto for capaz, a partir de dentro e por meio dos seus próprios limites institucionalizados e legalmente sancionados. Esperar da sociedade mercantilizada uma sanção ativa – ou mesmo mera tolerância – de um mandato que estimule as instituições de educação formal a abraçar plenamente a grande tarefa histórica do nosso tempo, ou seja, a tarefa de *romper com a lógica do capital no interesse da sobrevivência humana*, seria um milagre monumental (p. 47, grifos do autor).

Dessa forma, se torna significativamente mais difícil o exercício da democracia pelas grandes massas populares, pois estas, ao não terem pleno acesso à uma educação crítica e a serviços básicos de qualidade que deveriam ser oferecidos à sociedade, acabam sendo excluídas, ficando em condições muitas vezes não dignas de sobrevivência. Como consequência, a grande maioria da população desconhece as possibilidades e os mecanismos de participação e os potenciais de mudanças e melhorias vinculados à participação social. Por isso, é urgente o desenvolvimento de uma educação política e a organização da sociedade civil, a fim de que a mesma defina o papel do Estado, não o contrário (DEMO, 2009).

Como essas pessoas poderão ter capacidade para participar de forma organizada se não conseguem ter acesso à educação, saúde, assistência, segurança, habitação, etc. de forma digna? O desafio, portanto, é grande. Conforme bem ressalta Chauí (2006) sobre esse aspecto “a questão democrática implica, pois, criar condições para que o cidadão seja soberano e interfira realmente nas decisões sociais e econômicas através dos órgãos de decisão política” (p. 199-200).

Levando em consideração a realidade brasileira de profunda desigualdade social, e na qual o cidadão, embora reconhecido na Constituição de 1988 como soberano, ainda está longe de alcançar tal soberania, torna-se ainda mais urgente e importante a luta pela melhoria e ampliação dos direitos sociais. Nos dias atuais, na conjuntura em que o Brasil se encontra, talvez nunca tenha sido tão necessário manifestar-se, envolver-se, participar de forma organizada, a fim de evitar os gigantes retrocessos e o engrandecimento das injustiças sociais. Para Silva (2003):

A rigor, a história da luta de classes tem demonstrado que os avanços em direção à maior democratização da sociedade tem ocorrido naqueles momentos em que a força organizativa das classes populares conseguem impor às classes dominantes o alargamento dos direitos políticos e sociais (p. 28).

No Brasil, a forma mais exercida de democracia tem sido a representativa<sup>9</sup>, no entanto, esse modelo, apesar de sua relevância, não tem sido suficiente para outorgar ao povo o poder que a ele pertence. Para isso, é necessário também o desenvolvimento efetivo de uma democracia participativa<sup>10</sup>. Essa forma de democracia

---

<sup>9</sup> A democracia representativa é aquela em que o povo escolhe alguns cidadãos para atuarem em nome da vontade popular, na condição de seus representantes, por meio de um mandato, ou seja, a participação se dá de maneira formal como se o próprio povo estivesse governando (PAGANINI, 2016, p. 42).

<sup>10</sup> A democracia participativa traz a possibilidade de atuação cidadã, como também a disposição de elementos que proporcionam o engajamento da sociedade nos assuntos de interesse comum. Essa democracia participativa traz consigo uma identidade coletiva e soberana, ou seja, o povo, investido no seu poder, possui a faculdade de desempenhar sua vontade por meio da atuação e controle de todo o processo político, fazendo com que as realizações do governo tenham maior legitimidade, já que estarão mais próximos de seus destinatários, isto é, do povo (PAGANINI, 2016, p. 48-49).

é amparada pela Constituição de 1988 que institui a participação da sociedade nas políticas sociais, como saúde e assistência social, por exemplo.

A participação social, no sentido democrático apresentado pela Constituição de 1988, desenvolve um papel educativo essencial que decerto contribui para o aprofundamento da democracia e para o desenvolvimento de uma consciência crítica e cidadã. Silva (2003), ao citar Pateman (1992) resgata a “[...] participação como prática educativa, por meio do qual se formam ‘cidadãos’ voltados para os interesses coletivos e para os assuntos da política nacional” (p. 19).

Com todos os impedimentos que se apresentam à sociedade brasileira na forma de desigualdades sociais e econômicas, é um desafio imenso concretizar a participação de forma efetiva. Além disso, não podemos esquecer que a sociedade civil é uma arena da luta de classes (COUTINHO, 2000) e, nessa arena, são expostos diversos interesses que podem ou não buscar favorecer a classe trabalhadora. Por isso, para Lucas (1985):

A participação é como se fosse um pedal de embreagem embutido na engrenagem do Estado, que permanecerá efetiva enquanto o poder for usado corretamente, mas que começará a soltar-se se o governo parecer estar ultrapassando seus limites, e começará a desengatar se ele envolver-se em ações inconstitucionais (p. 113-114).

A participação, portanto, é a forma pela qual a sociedade civil irá adentrar os espaços políticos do Estado e controlar suas ações para que estas atendam aos interesses do povo, às demandas coletivas e não a interesses restritos à burguesia. Essa participação acontece não apenas por meio de manifestações sociais, embora estas sejam de alta relevância, mas também através dos mecanismos de participação instituídos pela legislação brasileira. Esses mecanismos, ou instituições, são espaços destinados ao debate e à construção coletiva de políticas e medidas para o atendimento dos interesses gerais da sociedade. De acordo com Weffort (1992):

[...] a construção da democracia política, isto é, do conjunto de instituições por meio das quais se chega a decisões legítimas, válidas para toda uma comunidade, é vista por muitos como um caminho para a reconstrução não só do Estado, mas também das sociedades nacionais (p. 60).

Uma vez conquistado e assegurado o direito à participação social, é indispensável que esses espaços sejam ocupados majoritariamente pela população. São os usuários das diversas políticas sociais que conhecem de perto suas fragilidades, sendo assim os mais indicados à deliberação de medidas que visem as melhorias dessas políticas. Gohn (2011) evidencia claramente a contribuição da sociedade ao afirmar que “[...] a participação dos cidadãos provê informações e diagnósticos sobre os problemas públicos, gerando conhecimentos e subsídios à elaboração de estratégias para resolução dos problemas e conflitos envolvidos” (p. 46-57).

Participar socialmente é um dos caminhos efetivos para o exercício e concretização da democracia. Ao participar a sociedade compartilha o poder, descentralizando-o da classe dominante. Estar envolvida nos processos decisórios do Estado é uma oportunidade de proporcionar aos cidadãos um melhor acesso aos serviços sociais prestados, bem como à melhoria destes. Para se ter acesso aos bens e serviços socialmente criados (pela classe trabalhadora) é fundamental que a sociedade se organize e busque ocupar o lugar que lhe cabe, qual seja, participando ativamente e compartilhando do poder de decisão, como principal interessada nos assuntos da coletividade.

No Brasil, a participação social tem como consequência a efetivação do controle social democrático. Considerado uma inovação democrática trazido pela Constituição Federal de 1988 o controle social tem se constituído enquanto via de acesso ao fortalecimento da cidadania, aprofundamento da democracia, socialização da informação e construção de um senso crítico e cidadão. Porém, segundo Machado (2013):

Ao abordar o tema do controle social é importante considerar que a história do Brasil tem sido fortemente marcada por mecanismo de controle do Estado sobre a sociedade civil, seja através do uso da força física, polícia militar, ou através de políticas compensatórias e de controle, com o objetivo de conservar privilégios ou interesses políticos [...]. Esses posicionamentos levam ao fortalecimento de uma cultura de subalternidade, dependência e não participação, os quais são marcados por heranças do patrimonialismo e clientelismo, que tratam como propriedade particular aquilo que é direito de cidadania (p. 192).

Levando em consideração os apontamentos da autora, podemos considerar que o controle social, visto da perspectiva de um controle exercido pela sociedade sobre o Estado, e não o contrário, é uma conquista de grande relevância para a sociedade brasileira. Com a promulgação da Constituição de 1988, pela primeira vez na história do país, os cidadãos adquirem o direito de estarem envolvidos e deliberarem sobre a construção de políticas públicas. Embora possa ser considerada ainda uma participação limitada, na qual certamente o governo não saia perdendo seus interesses, o controle social se caracteriza enquanto instrumento para a abertura de novas possibilidades de participação e engajamento social junto ao Estado. Nas palavras da autora:

O controle social constitui-se como estratégia e instrumento de intervenção, o qual contribui para o fortalecimento da gestão democrática do Estado. A depender da correlação de forças existentes, poderá fortalecer os interesses das classes dominantes ou das classes subalternas. Por isso há que se ter presente que os espaços onde o controle social se materializa são permeados por contradições, dada a natureza dos sujeitos que o compõe, bem como os interesses que estão em pauta (MACHADO, 2013, p. 193).

Diante de uma trajetória histórica na qual a sociedade brasileira tem sido submetida aos interesses das elites que constituem as classes dominantes, constatamos o grande avanço em termos hoje uma Constituição denominada cidadã, embora esta venha sendo constantemente atacada pelos governos defensores do

ideário neoliberal<sup>11</sup>. Ao olharmos para o percurso dos direitos que foi sendo desenhado na história do Brasil, uma trajetória de lutas que levou à conquista de uma Constituição democrática, tomamos como critério de contra-ataque ao neoliberalismo e ao desmonte e retirada de direitos sociais, o envolvimento e a participação social. Correia (2006) destaca que:

[...] o controle social, na perspectiva das classes subalternas, envolve a capacidade destas, em luta na sociedade civil, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses, tendo em vista a construção de sua hegemonia (p. 116-117).

A capacidade de organização da sociedade civil, bem como o preenchimento dos espaços de discussão democrática por esses sujeitos reconhecidamente políticos é uma estratégia que busca a efetivação de uma gestão compartilhada das políticas sociais. A gestão compartilhada das políticas sociais, assim como todo o arcabouço democrático que permeia a Constituição de 1988 foram incorporados com muita resistência pelos constituintes (PEREIRA, 2011) e, por isso mesmo, é importante conhecer a história, para que, nos dias atuais, a resistência seja uma representação da sociedade na batalha pela manutenção do que se foi conquistado até agora, pela ampliação dessas conquistas e por novos avanços na história dos direitos.

A contemporaneidade exige cada vez mais um posicionamento firme da sociedade, uma vez que não é de interesse do governo esse envolvimento social, de forma que presenciamos a cada dia a precarização dos serviços e a tomada de decisões que visam beneficiar os interesses do capital. Nesse cenário, o Estado busca

---

<sup>11</sup> O projeto neoliberal constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital - em face da crise, do avanço tecnocientífico e das lutas de classes que se desenvolvem no pós-1970, e que se desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e os direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas “reestruturação produtiva” e “(contra)reforma do Estado” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 193).



responder aos interesses da população apenas na medida suficiente para a manutenção da ordem vigente, ou seja, da ordem capitalista.

Assim, nos deparamos com uma forma de controle social apresentada por Émile Durkheim, conforme bem apontado por Alvarez (2004), ao falar do controle social “Durkheim aponta tanto para os mecanismos gerais de manutenção da ordem social quanto para fenômenos ou instituições específicas que buscam fortalecer a integração e reafirmar a ordem social quando esta se encontra ameaçada” (p. 169). Como podemos observar, esta é uma forma de controle que parte de cima para baixo e, portanto, antidemocrático.

O Estado, em sua busca pela desresponsabilização de seus deveres, tem priorizado medidas de cunho neoliberal, marcando um cenário de retrocessos, ampliando o 3º Setor<sup>12</sup> para que este assuma suas funções sociais e se dedicando a um avanço econômico que não leva em consideração os índices de desenvolvimento social. Nesse sentido, presume-se a importância do controle social frente a um Estado que tem empenhado-se na despolitização da sociedade civil (ALMEIDA; ALENCAR, 2011) e no esvaziamento do espaço público coletivo. Bidarra (2006) constata que:

O investimento contra a importância do espaço público tem a finalidade precípua de minimizar a sua função política dentro da experiência democrática. Pois o aperfeiçoamento da democracia depende desse tipo de espaço, haja vista que ele é o locus da externalização e da visibilidade das lutas sociais (p. 54).

Vimos que a formação social, política e econômica do Brasil é decorrente de uma cultura paternalista, patrimonialista e clientelista (CARVALHO, 2015), sustentada na implementação de políticas compensatórias para garantia da perpetuação do

---

<sup>12</sup> O terceiro setor é um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações, em que se combinam e interpenetram elementos estatais e não estatais, nacionais e globais. É um composto de atividades privadas, situadas na sociedade civil, mas que o Estado reconhece ou declara serem de interesse público. As entidades de organizações que lhe dão forma, embora de natureza privada, não se confundem com as demais organizações e entidades civis que atendem a interesses privados de seus associados, como os sindicatos e as cooperativas, por exemplo (SIMÕES, 2014)

sistema capitalista de produção e exclusão das massas populares dos processos participativos e decisórios, aprofundando as desigualdades sociais e tendo o Estado como provedor do mínimo necessário à subsistência humana, gerindo políticas de maneira independente, de forma a atender aos interesses das classes dominantes.

Podemos perceber então que se torna imprescindível o envolvimento da sociedade nos diversos setores sociais como tentativa de legitimação da democracia e o controle social é certamente um dos caminhos que conduzem a essa legitimação. O controle social não apenas assegura o direito de participação na construção, implementação e desenvolvimento das políticas e ações do Estado, mas também garante que a sociedade tenha acesso à informação e seja capaz de fiscalizar os procedimentos adotados a fim de verificar se o que foi proposto está sendo cumprido.

Na área da saúde, o controle social vem sendo implementado principalmente através das conferências e dos conselhos gestores. Como vimos no tópico anterior, a política pública de saúde brasileira seguiu um caminho traçado pela organização de vários segmentos da sociedade na luta pela sua universalização e sua incorporação à Constituição Federal na condição de seguridade e não de seguro, um feito inédito na história da saúde no Brasil. Sobre os conselhos, Bravo (2006, a), indica que:

Os conselhos foram concebidos como um dos mecanismo de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado – sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos. Nesse contexto, podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública (p. 84).

É, portanto, indispensável que essa política seja gerida de forma compartilhada, com o envolvimento daqueles que lutaram pela sua ampliação e, conseqüentemente, dos que conhecem e vivenciam suas demandas e debilidades. Coutinho (2000) afirma que “as políticas de saúde poderiam ser desburocratizadas na medida em que viessem a ser geridas pelos seus executores diretos (médicos e demais profissionais da área da saúde) e, sobretudo, pelos seus usuários” (p. 135).

Regulamentados pela Lei 8.142/90 os conselhos e conferências de saúde tem sido o principal mecanismo pelo qual a sociedade tem adentrado nas possibilidades de gestão democrática da saúde. No cenário atual, essa política tem estado na mira do governo, sendo alvo de cortes e congelamentos de investimentos<sup>13</sup>, precarizando ainda mais os serviços e colocando em evidência a necessidade de uma intervenção mais efetiva da sociedade junto ao Estado. Ferraz (2006) pontua:

A introdução dos conselhos no cenário político criou uma situação de reconhecimento dos atores sociais coletivos representados por movimentos sociais e organizações da sociedade civil, compondo, ao lado de partidos políticos e das demais instituições democráticas, os elementos com os quais o debate e as decisões passaram a ser processados na sociedade brasileira (p. 69).

Embora esse reconhecimento seja algo positivo e tenha sido verdadeiro, a realidade dos dias presentes transforma o controle social em um grande desafio. Em tempos de avanços do neoliberalismo no Brasil, os conselhos podem acabar sendo redirecionados para fortalecer o governo em detrimento da sociedade, o que descaracteriza o seu princípio democrático.

Por isso, é necessária a organização da sociedade civil e sua atuação enquanto protagonista nos processos decisórios que ocorrem no interior das instituições democráticas, como os conselhos de saúde. Estar envolvido nos conselhos deve significar participar democraticamente, é apreender a gestão pública e exercer a cidadania. É ultrapassar os muros da democracia representativa e adentrar os caminhos de uma democracia participativa, é desenvolver uma consciência crítica e lutar pela manutenção dessa conquista, que é o Sistema Único de Saúde. Segundo Gohn (2011):

---

<sup>13</sup> Referimo-nos à Emenda Constitucional 95, também conhecida como política do “teto dos gastos”, aprovada em 2016, que congelou os gastos sociais pelo período de 20 anos. Isso significa que os gastos na área social ficam limitados ao valor aplicado no ano anterior corrigido apenas pela inflação daquele ano.

[...] ocupar espaços nos conselhos pode ser uma maneira de estar presente em arenas em que se decidem os destinos de verbas e prioridades na gestão de bens públicos; é uma forma de ser ouvido e de continuar lutando para transformar o Estado pela via da democratização das políticas públicas. Os conselhos devem ser espaços e mecanismos operativos a favor da democracia e do exercício da cidadania, em todo e qualquer contexto sociopolítico. Eles podem se transformar em aliados potenciais e estratégicos na democratização da gestão das políticas sociais (p. 109).

O controle social na saúde representa o envolvimento da sociedade nos processos de elaboração, implementação e fiscalização de programas e projetos relacionados à política de saúde, assim como a luta em defesa do próprio SUS que vem sendo desmontado e ameaçado de tal forma que comprova uma administração antidemocrática vigente no país.

A política pública de saúde, através dos conselhos e conferências está aberta ao controle social mas, para isso, depende da organização da sociedade civil para que haja, de fato, uma ampliação do Estado. Como indica Demo (2001) “[...] o controle democrático só é viável na sociedade consciente e organizada” (p. 22). Sem essa organização, o Estado segue com seu padrão de intervenção mínima, atendendo aos interesses privados do capital e do mercado.

A política pública de saúde, materializada através do Sistema Único de Saúde, é fruto do despertar de uma consciência democrática que não foi facilitada ou incentivada pelo Estado. Por ser uma conquista democrática, o SUS vem sendo implementado com o envolvimento não só do governo, mas também da sociedade. Porém, em seus 30 anos de existência, a influência do governo vem prevalecendo sobre a baixa participação da população.

Assim, diante de tantas ameaças a que vem sendo exposto o já fragilizado sistema brasileiro de saúde pública, além de uma possibilidade para exercício democrático, a política de saúde necessita urgentemente da efetivação dessa democracia participativa para que não seja extinto definitivamente, retirando da sociedade um direito básico de cidadania.

### 1.3 A saúde no estado do Amazonas

A partir do processo de redemocratização brasileira e da promulgação da Constituição de 1988, a efetivação da política de saúde como proposta pelo Movimento de Reforma Sanitária tem se constituído em um grande desafio para cada estado e município dentro de suas particularidades, mas também para a União como um todo. Segundo Schweickardt et al. (2015):

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes e grande em extensão territorial que se coloca o desafio, a partir de definição constitucional de 1988, do oferecimento da saúde como direito *universal* de cidadania e estabelece o dever do Estado em provê-la por meio de Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema tem princípios e diretrizes que norteiam a sua organização: descentralização da gestão, com municipalização e regionalização; participação popular, controle social; e integralidade da atenção, com acesso, acolhimento e equidade. Caracteriza-se por uma proposta de relação interfederativa solidária entre os entes nacional, estaduais e municipais de governo, permeável à sociedade (p. 89, grifos do autor).

O processo de descentralização no Brasil teve como marco o pacto federativo instituído a partir da CF/1988. Como uma entre várias inovações democráticas trazidas por essa Constituição, o pacto federativo estabelece um Estado-nação organizado a partir da divisão hierárquica de poderes, incluindo direitos e obrigações, entre os níveis governamentais. Isso significa que os recursos financeiros do país não ficarão mais concentrados apenas na União, sendo redirecionados também aos estados e municípios, aumentando a participação destes na gestão das políticas públicas (BARBOSA, 2004). No entanto, segundo nos alertam Almeida e Alencar (2011):

[...] o processo de descentralização no Brasil encontrou e ainda encontra enormes desafios em razão das particularidades da constituição de seu sistema federativo e da magnitude das desigualdades sociais, determinadas pela forma singular com que os processos de produção social e concentração privada da riqueza tomaram (p. 81).

Na política de saúde, além do aparato constitucional e da Lei Orgânica, a descentralização do SUS contou também com as Normas Operacionais Básicas – NOB's – de 1991, 1993 e 1996 (com destaque para as NOB's de 1993 e 1996) e, posteriormente, a Norma de Organização da Assistência à Saúde – NOAS (2001 e 2002), que tiveram papel fundamental no processo de descentralização. Para Freitas (2003):

[...] as Normas Operacionais Básicas configuram-se como instrumentos de regulação do processo de descentralização que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Formalmente, as NOB's são portarias do Ministério da Saúde e reforçam o poder de regulamentação nacional do Sistema Único de Saúde (p. 77).

Conforme Reis et al. (2017), o conteúdo desses instrumentos pode ser assim sintetizado:

**Quadro 2 – Síntese das NOB's/91/93/96 e NOAS/2001/2002.**

<b>NOB 91</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caráter centralista.</li> <li>✓ Municípios e estados como meros prestadores.</li> <li>✓ Transferência de recursos sem arranjo regional.</li> </ul>
<b>NOB 93</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Objetivou disciplinar a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.</li> <li>✓ Definiu formas de gestão para estados e municípios, com ênfase na municipalização.</li> <li>✓ A regionalização era entendida como articulação e mobilização municipal para se estabelecer relações de caráter cooperativo.</li> <li>✓ Institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (BIT).</li> </ul>
<b>NOB 96</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Forte componente municipalista.</li> <li>✓ Explicitava a consolidação do pleno exercício e da centralidade dos municípios na gestão do sistema.</li> <li>✓ Estado enquanto mediador das relações entre municípios.</li> </ul>
<b>NOAS 2001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Deu ênfase ao planejamento regional integrado.</li> <li>✓ Instituiu um Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado.</li> </ul>
<b>NOAS 2002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientou a reorganização dos sistemas de saúde por meio da regionalização, buscando fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência.</li> </ul>

**FONTE:** Reis et al., (2017).

Além das Normas Operacionais Básicas e das Normas de Organização da Assistência à Saúde, temos em 2006 um conjunto de reformas institucionais do SUS, denominado Pacto pela Saúde, que assume um papel central no desenvolvimento da gestão compartilhada e consolidação do SUS. O Pacto pela Saúde é composto por três componentes, quais sejam: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Neste último, as diretrizes para a gestão do SUS têm ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde. A gestão do SUS, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, pode ser caracterizada como:

[...] a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministério da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2003, p. 39).

Para além da representação governamental, sabemos que a Constituição de 1988 institui a participação da sociedade na gestão da política pública de saúde, tornando-a democrática de modo que a sociedade tenha lugar de fala e seja ouvida, ocupando um lugar central na vida política do Estado e garantindo que os interesses e necessidades da população sejam atendidos. Conforme afirmam Souza Filho e Gurgel (2016):

[...] a finalidade da gestão democrática deve ser transformar as condições de vida das classes subalternas, aprofundando e universalizando direitos civis, políticos e sociais, visando contribuir com a superação da ordem do capital (p. 72-73, grifos dos autores).

Esse breve cenário introdutório do processo de descentralização da política pública de saúde brasileira nos coloca diante de inúmeros desafios para uma plena efetivação do SUS e consolidação de uma gestão democrática e participativa da saúde. Os desafios de âmbito nacional estendem-se aos estados e municípios que, de acordo com suas características e especificidades, buscam superá-los. Aqui, trataremos da forma como está organizada a política de saúde no estado do Amazonas.

O estado do Amazonas, localizado na região Norte do Brasil, é a maior unidade federativa do país, com uma área de 1.559.146km<sup>2</sup>, distribuída entre 62 municípios. Em 2018, o estado possuía uma população estimada de 4.080.611 milhões de habitantes, dos quais 2.145.444 milhões vivem na capital Manaus, o que caracteriza um dos mais baixos índices de densidade demográfica do país (IBGE, 2018).

O Amazonas possui características únicas que o diferem das outras unidades federativas. Com grande parte do seu território coberto pela Floresta Amazônica e cortado por um dos rios mais extensos do mundo, homônimo ao seu nome, um grande número dos seus municípios são de difícil acesso, o que complexifica o processo de descentralização, regionalização e municipalização da saúde, princípios instituídos constitucionalmente e na Lei Orgânica da Saúde. Segundo nos informa Freitas (2003):

Na região Norte, a descentralização ocorreu de forma muito mais lenta do que nas outras regiões brasileiras. O processo de habilitação dos municípios brasileiros desencadeado com a implantação da NOB/SUS 01/93 atestam esse fato. Essas habilitações caracterizam um processo que não ocorreu uniformemente em todos os estados do Brasil, o que pode ser justificado pelas especificidades locais, bem como ao momento político que marcou as etapas de habilitação desses estados (p. 83).

O cenário político da década de 1990 no Brasil foi marcado pelo desafio de consolidação das propostas trazidas pela nova Constituição Federal e, ao mesmo tempo, pelo avanço da ideologia neoliberal na sua busca pela retirada de responsabilidades do Estado e transferência para a sociedade civil.



No que tange à política de saúde, a década de 1990, para Freitas (2003) representou um “[...] período de gradativa implantação e consolidação do SUS em todo o Brasil à medida em que o processo de descentralização das ações e serviços de saúde foi sendo efetivado em diferentes regiões” (p. 77).

Conforme a autora, em 1993 apenas um município do Amazonas encontrava-se habilitado de forma incipiente para o processo de descentralização da política de saúde e somente em 1998, a capital Manaus é habilitada na condição de Gestão Plena da Saúde<sup>14</sup>, segundo a NOB/96, o que caracterizava o processo de descentralização do sistema público de saúde em Manaus como recente e incipiente (BARBOSA, 2004).

Em 2008, o estado do Amazonas e a capital Manaus tiveram sua adesão ao Pacto pela Saúde homologada. A partir da adesão, Manaus passa a ser responsável pela gestão plena da rede assistencial própria que presta serviços especializados, aprofundando o processo de descentralização/municipalização da saúde<sup>15</sup>.

Até 2016, além de Manaus, apenas os municípios de Nova Olinda do Norte, Parintins e Borba aderiram ao Pacto pela Saúde e 9 outros municípios são habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal (Benjamin Constant, Fonte Boa, Presidente Figueiredo, Coari, Manacapuru, Tefé, Itacoatiara, Maués e Humaitá). Os 49 municípios restantes são responsáveis apenas pela Gestão da Atenção Primária à Saúde, ficando o Estado como gestor dos serviços de média e alta complexidade<sup>16</sup>. A

---

<sup>14</sup> Na Gestão Plena da Saúde o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência à saúde em seu território, sem a mediação da esfera estadual (BRASIL, 2003).

<sup>15</sup> Relatório Anual de Gestão 2008 – Secretaria de Estado de Saúde.

<sup>16</sup> Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019 – SUSAM.

A Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 7, institui a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência. Para isso, de acordo com o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada levando-se em consideração a complexidade do serviço. Portanto, a rede de saúde é dividida em níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade). A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A alta complexidade, por sua vez, é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a

figura 1 nos ajuda a visualizar a geografia do estado do Amazonas, bem como a sua hidrografia, o que complexifica o processo de descentralização da saúde.

A luta em torno da consolidação do SUS nos princípios propostos pelo MRS diante de um cenário fortemente neoliberal reitera a importância da organização da sociedade civil, dos movimentos sociais e da resistência contra esse avanço que propõe retirar direitos em vez de consolidá-los. Quando falamos do Amazonas, é importante salientar que:

A natureza da descentralização é, essencialmente, de um processo em construção. No caso da Amazônia, o grau de autonomia, mobilização e inovação dos municípios estaria associado à capacidade de vocalização de suas demandas e gestão dos serviços públicos de saúde. Pode-se dizer que quanto menor o porte populacional dos municípios da região, maior é a dificuldade de se garantir arranjos institucionais que correspondam às necessidades legais de construção do SUS e direitos da população em todos os aspectos da cultura e cidadania (SCHWEICKARDT et al., 2015, p. 110).

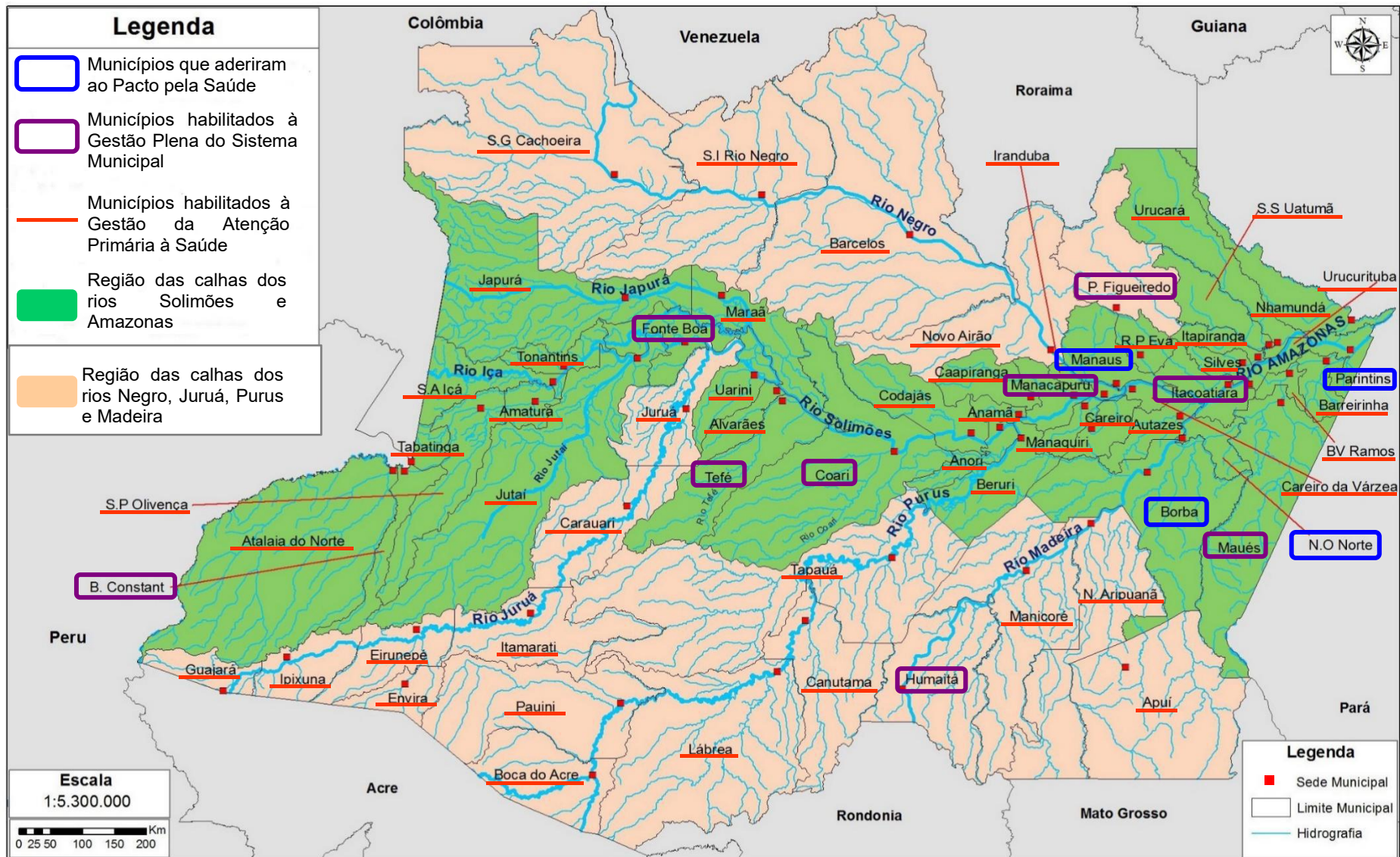
Por possuir um dos mais baixos índices de densidade demográfica do país (2,23hab/km<sup>2</sup>), o Amazonas encontra enormes desafios a serem transpostos no processo de descentralização da política de saúde. Levando em conta que a descentralização da saúde no Amazonas vem sendo consolidada a partir do fenômeno da municipalização, Almeida e Alencar (2011) afirmam que:

[...] [a municipalização] acaba reatualizando um centralismo, mesmo que de forma disfarçada, na medida em que a autonomia do poder local é bastante relativizada em função de o processo de descentralização ter se efetivado mais na órbita da execução das políticas do que em relação aos mecanismos de captação e definição das formas de uso dos recursos (p. 69).

---

serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Figura 1 – Gestão da Saúde Pública no Amazonas



Fonte: IDAM, 2014. Adaptado por Aires (2019).

Os municípios menores, especialmente aqueles com população abaixo de 100 mil habitantes (no Amazonas, apenas a capital Manaus e o município de Parintins possuem mais de 100 mil habitantes), enfrentam desafios ainda maiores no cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela legislação do SUS, o que dificulta a captação de recursos e a efetivação da descentralização (SCHWEICKARDT et al., 2015).

Os recursos destinados à saúde, provenientes do orçamento público são resultados de toda a riqueza socialmente produzida pela classe trabalhadora. No Brasil, com a gritante desigualdade social existente e a injusta distribuição da riqueza social o orçamento público acaba sendo “financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, e apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação do capital” (SALVADOR, 2012, p. 7, a).

Em uma gestão democrática, não apenas o governo, mas os trabalhadores da saúde e a sociedade podem fiscalizar a aplicação do orçamento público, assegurando que seja investido o percentual previsto em lei e direcionando as prioridades do orçamento para a melhoria nas condições de acesso à saúde e dos serviços oferecidos à população. O orçamento público, portanto, deve ser compreendido também como um instrumento de controle e direcionamento dos gastos (SALVADOR, 2012, a).

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 em seu capítulo III, artigos 6º e 7º estabelece que os Estados e o Distrito Federal aplicarão anualmente o mínimo de 12% em ações e serviços públicos de saúde. Já os municípios devem aplicar o mínimo de 15% da arrecadação de impostos. O quadro 3 apresenta um resumo das aplicações estimadas pelo estado do Amazonas nos últimos 10 anos e a estimativa de gastos para o ano de 2019 baseados no orçamento fiscal e da seguridade social.

**Quadro 3** – Demonstrativo de gastos com saúde no Amazonas (2009-2019)

Ano	AMAZONAS		
	Total da Receita	Destinado à Saúde	%
2009	8.016.719.000,00	1.502.497.000,00	18,74
2010	8.297.166.000,00	1.490.727.000,00	17,97
2011	9.978.916.000,00	1.643.887.000,00	16,47

2012	11.139.410.000,00	1.751.537.000,00	15,72
2013	12.985.098.000,00	2.035.827.000,00	15,68
2014	14.600.472.000,00	2.076.043.000,00	14,22
2015	15.458.024.000,00	2.179.127.000,00	14,10
2016	16.054.234.000,00	2.197.001.000,00	13,68
2017	14.680.579.000,00	1.865.839.000,00	12,71
2018	15.324.184.000,00	2.017.430.000,00	13,17
2019	17.297.084.000,00	2.447.827.000,00	14,15

**FONTE:** Lei Orçamentária Anual do Amazonas dos anos de 2009 a 2019.

Considerando o percentual mínimo de 12% exigido dos Estados e Distrito Federal, observamos que, no período apresentado, há uma diminuição constante dos percentuais destinados à saúde, sendo o ano de 2017 o de menor percentual aplicado. O quadro 4 nos mostra a evolução dos recursos da saúde em Manaus, no mesmo período apresentado.

**Quadro 4 – Demonstrativo de gastos com saúde em Manaus (2009-2019)**

Ano	MANAUS		
	Total da Receita	Destinado à Saúde	%
2009	2.115.650.000,00	401.244.000,00	18,97
2010	2.248.297.000,00	431.067.000,00	19,17
2011	2.496.700.000,00	477.203.000,00	19,11
2012	3.004.535.000,00	565.687.000,00	18,83
2013	3.473.000.000,00	653.086.000,00	18,80
2014	4.058.639.000,00	862.658.000,00	21,25
2015	4.485.516.000,00	823.868.000,00	18,00
2016	4.146.710.000,00	833.297.500,00	20,10
2017	4.127.323.000,00	832.165.000,00	20,16
2018	4.769.702.000,00	920.617.780,00	19,30
2019	5.149.837.000,00	950.035.000,00	18,45

**FONTE:** Lei Orçamentária Anual de Manaus dos anos de 2009 a 2019.

Embora no último decênio os investimentos com saúde tenham se mantido dentro dos percentuais mínimos exigidos pela legislação, sabemos que a saúde tem sido alvo de um processo de precarização e desmonte além dos altos níveis de corrupção no país que desvia verbas da saúde e das demais políticas públicas. Soma-se a isso a Emenda Constitucional 95, promulgada em dezembro de 2016, que limita os investimentos federais na área social ao orçamento do ano anterior corrigido apenas pela inflação daquele ano.

No Amazonas, a política de saúde é implementada através da Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM e da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. A Secretaria Estadual de Saúde foi originalmente criada pela Lei nº 12 de 09/05/1953 como Secretaria de Educação, Cultura e Saúde; posteriormente, sua nomenclatura foi alterada para Secretaria de Assistência e Saúde. Em 1955, foi denominada Secretaria de Estado da Saúde, através das Leis nº 108 de 23/12/1955, 233 de 18/05/1965 e 1.336 de 13/07/1979. Em 1984, tem sua estrutura reformulada novamente pelo Decreto nº 8.049 de 19/07/1984 e em 1995 é finalmente criada como Superintendência da Saúde – SUSAM através da Lei nº 2.330 de 29/05/1995. A partir da Lei nº 4.153 de 09/03/2015, é redefinida como Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM<sup>17</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, por sua vez, foi criada em 1975 através da Lei nº 1.246 de 16/12/1975<sup>18</sup>. Em 2001, são criados 5 Distritos de Saúde, a partir da Lei Municipal nº 590 de 13/03/2001, quais sejam, Distrito Norte, Distrito Sul, Distrito Leste, Distrito Oeste e Distrito Rural.

Os distritos de saúde fazem parte do processo de descentralização das ações de saúde para um melhor atendimento à comunidade em geral e são responsáveis por responder à demanda de suas áreas de abrangência. Em Manaus, os Distritos de Saúde encontram-se organizados conforme o quadro 5.

**Quadro 5 – Distribuição e organização dos Distritos de Saúde em Manaus**

<b>Distrito Leste</b>	População estimada: 492.729 (IBGE, 2013) UBS's Tradicionais: 18 UBSL's (Estratégias Saúde da Família): 33 Policlínicas: 01 Centro de Especialidades Odontológicas: 01 Centro de Atenção Psicossocial: 01 Laboratório: 01
<b>Distrito Norte</b>	População estimada: 551.149 (IBGE, 2013) UBS's Tradicionais: 08 UBSN's (Estratégias Saúde da Família): 50 Policlínicas: 02 Centro de Especialidades Odontológicas: 01 Laboratório: 01
<b>Distrito Oeste</b>	População estimada: 442.107 (IBGE, 2013) UBS's Tradicionais: 16

<sup>17</sup> Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019 – SUSAM.

<sup>18</sup> SEMSA, 2019.

	UBSO's (Estratégias Saúde da Família): 31 Policlínicas: 02 Centro de Especialidades Odontológicas: 01 Maternidade: 01 Laboratório: 01 Centro de Controle de Zoonoses: 01 Centro Especializado de Reabilitação: 01
<b>Distrito Sul</b>	População estimada: 483.153 (IBGE, 2013) UBS's Tradicionais: 16 UBSS's (Estratégias Saúde da Família): 34 Policlínicas: 02 Centro de Especialidades Odontológicas: 02 Centro de Atenção Psicossocial: 03 Laboratório: 03
<b>Distrito Rural</b>	População estimada: 13.036 (IBGE, 2013) UBS's Tradicionais: 08 UBS's Móvel Fluvial: 06

**FONTE:** Pesquisa documental, 2019.

A instituição dos Distritos é característica de um modelo de descentralização político-administrativa da assistência à saúde, uma vez que busca garantir que a gestão esteja o mais próxima possível da população. A gestão do SUS se dá de forma complexa e interfederativa em que cada ente federativo tem suas responsabilidades e competências definidas em lei. O quadro 6 apresenta as competências das referidas secretarias.

**Quadro 6** – Competências SUSAM e SEMSA.

<b>SUSAM</b>	<b>SEMSA</b>
I - Avaliar os níveis de saúde da população; II - Formular a Política Estadual de Saúde, observadas as diretrizes nacionais do setor; III - Elaborar e executar programas integrados de Saúde; IV - Elaborar, executar e/ou coordenar a execução de Planos, Programas de Assistência médico-sanitária e hospitalar à população; V - Coordenar todas as ações de saúde desenvolvidas no Estado pelas entidades Federais, Estaduais, Municipais e Autárquicas, de caráter público e particular; VI - Coordenar, supervisionar e executar as ações de vigilância epidemiológica no Estado; VII – Coordenar, supervisionar ou executar as ações relacionadas com o sistema de Informações de Saúde;	I – cumprir e fazer cumprir a Constituição, a Lei Orgânica do Município e as normas infraconstitucionais específicas; II – gerir as áreas operacionais sob sua responsabilidade; III – assegurar padrões satisfatórios de desempenho em suas áreas de atuação; IV – administrar os bens e materiais sob sua guarda, garantindo adequada manutenção, conservação, modernidade e funcionamento; V – promover permanente avaliação dos servidores que lhes são subordinados, com vistas à constante melhoria dos serviços a seu cargo; VI – zelar pela consecução dos objetivos e pelo alcance das metas estabelecidas para o setor; VII – executar outras atividades, em razão da natureza da unidade sob sua direção, sob a

VIII- Estabelecer normas técnico-científicas relativas às ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde e fiscalizar seu cumprimento; IX- Assistir técnica e financeiramente os Municípios visando a implantação e operação dos serviços básicos de saúde à população local.	orientação do Secretário.
--	---------------------------

**FONTE:** Lei Delegada nº 12 de 31 de julho de 2013 – DOM 3221 de 31/07/2013. SUSAM, 2019.

Ambas as secretarias possuem em sua estrutura organizacional os conselhos de saúde enquanto órgãos colegiados que auxiliam no processo de efetivação da gestão compartilhada da saúde. O controle social, por sua vez, tem feito parte dos planos municipais e estaduais de saúde do Amazonas como forma de fortalecimento e aprofundamento da participação social.

A descentralização da saúde é um processo ainda não consolidado e que caminha lentamente no enfrentamento dos diversos entraves que se apresentam nessa trajetória. Apresentada como inovação democrática pela CF/88, no Amazonas a descentralização encontra desafios colossais dada a sua extensão territorial, baixa densidade demográfica, municípios de difícil acesso, os quais não possuem condições econômicas de gerir uma política pública, além da enorme desigualdade socioeconômica que perpassa a região.

Portanto, torna-se necessário um olhar diferenciado para o Amazonas, que leve em conta suas particularidades e especificidades, que enxergue as diferenças locais e as limitações financeiras, políticas e administrativas que os municípios enfrentam no processo de efetivação da descentralização/municipalização da saúde, a fim de que esta possa realmente ser consolidada como princípio democrático e não apenas como transferência de responsabilidades do Estado aos municípios.



## CAPÍTULO II

### SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE CRÍTICA

*“Apesar de você  
Amanhã há de ser  
Outro dia...  
Inda pago pra ver  
O jardim florescer  
Qual você não queria...”  
(Chico Buarque)*

#### Considerações Iniciais

Este capítulo busca abordar aspectos importantes no processo de democratização da saúde no Amazonas, quais sejam, a instituição dos conselhos de saúde e a realização das conferências de saúde na cidade de Manaus no período de 2010 a 2019. Os conselhos e as conferências de saúde possuem papel central no que diz respeito à efetivação de uma política de saúde que realmente consiga alcançar todos os cidadãos e, para isso, precisam estar articulados e comprometidos com o interesse coletivo, com o debate público e com a consolidação e ampliação da democracia.

A democratização da política de saúde no Brasil, embora possua legislação própria que a regulamenta, vem caminhando a passos lentos em decorrência dos grandes desafios, ou talvez seja mais adequado chamarmos de empecilhos, que se apresentam como forma de dificultar a sua efetivação.

Esses empecilhos são consequências do avanço neoliberal que vem se consolidando na realidade brasileira. As inúmeras investidas contra a saúde tomam lugar justamente entre aqueles que estão no poder e que deveriam defendê-la. Essas investidas ganham força à medida que observamos os desmontes e retrocessos aos quais vem sendo exposta não apenas a saúde, mas um conjunto de diversas políticas sociais no país.

Embora seu avanço tenha sido gradual e lento, desde a sua legitimação enquanto direito de todos e dever do Estado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a política de saúde no Brasil tem seguido a regulamentação e realizado as conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, organizadas com o envolvimento dos conselhos de saúde.

## **2.1 Conselhos de Saúde no Amazonas: espaços de exercício da cidadania**

Os conselhos de saúde foram instituídos a partir da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que trata, entre outras coisas, da participação da comunidade na gestão do SUS. A participação da comunidade foi impulsionada pelo processo de redemocratização que ocorria no país, o qual exigia o envolvimento e a participação ativa da sociedade civil enquanto protagonista na busca pela consolidação da democracia e exercício da cidadania.

Ao passo que a década de 1980 traz um adensamento do processo de redemocratização para o país, na década seguinte – 1990 – confrontamo-nos com uma expansão do ideário neoliberal que, por sua vez, propõe uma intervenção mínima do Estado na esfera social e se caracteriza como um dos maiores empecilhos para a efetivação da democracia, para o exercício da cidadania e para a ampliação de direitos sociais.

Atualmente, os governantes que estão no poder têm aderido às ideias neoliberais, o que dificulta ainda mais o fortalecimento de um controle social realmente democrático e este enfrenta um cenário de contradições na busca pela sua legitimação. Para Bravo (2012) “os mecanismos de controle social foram implementados a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais, de mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista” (p. 132).

É, portanto, em um cenário de lutas constantes imposto pelo sistema de produção capitalista que a sociedade vai se inserindo nos espaços democráticos de participação e discussão de políticas públicas. Os conselhos se constituem enquanto

um desses espaços e devem buscar imprescindivelmente a efetivação da política de saúde como proposta pelo Movimento de Reforma Sanitária, ou seja, uma política que consiga alcançar todos os cidadãos e que seja capaz de oferecer atendimento de forma digna e satisfatória. Segundo Cristo (2012):

Os conselhos de saúde são instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados que possuem como uma de suas principais atribuições propiciar a participação da sociedade civil organizada e dos usuários do SUS na discussão institucionalizada do ciclo de políticas de saúde dos estados e municípios (p. 95).

Os conselhos são importantes caminhos para a efetivação do controle social na saúde, mas são também espaços de luta e contradição nos quais estão presentes diversos interesses individuais e coletivos. Esses interesses, por sua vez, influenciarão no desenho que a política de saúde terá no que tange ao atendimento e alcance da população usuária do SUS. Conforme afirma Bravo (2012):

Os conselhos não são espaços neutros nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representadas (p. 136-137).

É nesse espaço de lutas que a sociedade civil organizada se situa e, na política de saúde, os conselhos são fundamentais para que a sociedade tenha acesso e possibilidade de participação e atuação, de se colocar enquanto protagonista nos processos de decisão, principalmente porque o Sistema Único de Saúde é resultado de tantas lutas e manifestações e, acima de tudo, mesmo precarizado, é uma conquista democrática.

Sabemos que os conselhos são ocupados em 50% da sua composição pelos usuários do SUS e isso é muito importante, mas também sabemos que muitas vezes os

interesses que prevalecem são aqueles defendidos pela classe dominante e a população acaba tendo uma representação muito fraca, praticamente nula. A situação na qual se encontra a saúde pública brasileira, em total processo de precarização e desmonte<sup>19</sup>, deixa claro que as classes dominantes continuam se fortalecendo e que seus interesses vêm se consolidando em detrimento das necessidades da grande maioria da população. Esse cenário já vem se desenhando nas últimas décadas, conforme nos indica Dallari (1999):

Grandes massas, economicamente fracas e dependentes, são mantidas em posição social de inferioridade e não têm a possibilidade de participação política real. Milhões de pessoas vivem em situação de absoluta marginalização política, econômica e social, só recebendo o mínimo necessário para continuar fornecendo aos dominadores sua força de trabalho e mal conseguindo sobreviver quando esta se debilita ou já não interessa aos exploradores (p. 95).

Tendo em vista a sociedade de classes que caracteriza o Estado brasileiro destacamos, de um lado, a classe dominante, detentora do capital e, de outro, as classes subalternas, nas quais concentram-se trabalhadores dos setores produtivos e improdutivos, subempregados, desempregados eventuais, os trabalhadores que não

---

<sup>19</sup> Referimo-nos aqui às diversas medidas implementadas pelo governo federal que tentam destruir as bases que foram conquistadas pelo Movimento de Reforma Sanitária e pela Constituição de 1988. Tais medidas incluem o congelamento dos investimentos em saúde através da EC 95, propostas de retirada dos princípios de integralidade e universalidade do SUS, a privatização dos serviços de saúde como por exemplo, o rompimento em 2019 do Ministério da Saúde com sete laboratórios públicos nacionais que produziam medicamentos para o SUS os quais agora serão produzidos pela iniciativa privada. A mais recente mudança na gestão do SUS trouxe o Programa Previnir Brasil, oficialmente publicado em 12 de novembro de 2019 na Portaria nº 2.979, que altera o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. De acordo com as mudanças trazidas pelo novo modelo, o critério de transferência de recursos leva em conta o número de pessoas cadastradas e o cumprimento de indicadores da saúde ao invés do universo de habitantes dos municípios e regiões de saúde. Tal mudança certamente traz significativa redução de recursos para grandes regiões com muitos habitantes, porém com poucas pessoas cadastradas, fazendo-se necessárias ações para movimentar e cadastrar a população usuária do sistema único de saúde. Acrescentamos a isso, o alto índice de cooperativas na área da saúde, característica que marca ainda mais a privatização dessa política, conforme alerta Silva (2003) “a terceirização continua em curso, nomeadamente na área da saúde, sem considerar as diversas manifestações contrárias a esse processo velado de privatizações dos serviços públicos e de desrespeito aos direitos sociais (p. 109).

conseguem ser incorporados ao mercado formal de trabalho e todos aqueles que encontram-se sob o domínio das classes representativas do capital (CARDOSO, 2005).

Conforme bem coloca o autor, essas grandes massas, compostas por milhões de pessoas não conseguem exercer a cidadania, uma vez que não possuem seus direitos atendidos, não apenas na área da saúde, mas também na educação, alimentação, segurança, moradia, lazer, entre outros. Porém, no que diz respeito à política de saúde, isso significa que ainda temos um longo caminho de lutas pela frente para a democratização da saúde e para o exercício do controle social.

Desempenhar o controle social é exercitar a cidadania, e os conselhos de saúde são espaços que devem favorecer esse exercício. O controle social se reafirma enquanto mecanismo que visa colaborar na fiscalização de políticas públicas, no uso dos recursos públicos, nas ações do Estado, mas também no envolvimento direto dos sujeitos sociais na construção e implementação dessas políticas e, principalmente, na tomada de decisões. Machado (2012), citando Raichelis (2005), afirma que controle social:

[...] significa o acesso aos processos que informam as decisões da sociedade política. Permite a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e a arbitragem sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões segundo critérios pactuados (p. 58).

O desenvolvimento do controle social busca ultrapassar as barreiras da fiscalização e propõe uma participação plena da sociedade civil nas decisões que, geralmente, ficam a cargo da sociedade política. Isso significa que a sociedade possui respaldo para compartilhar a gestão de políticas públicas junto ao Estado, garantindo assim, maiores possibilidades na concretização e efetivação dos direitos sociais. Bravo (2007) ressalta que “[...] a gestão democrática das políticas sociais é uma questão fundamental a ser enfatizada para fortalecer o projeto de democracia das massas” (p. 61).

Os conselhos, na figura de seus representantes, não apenas fiscalizam as diversas políticas públicas como também são o principal caminho para a participação da sociedade na elaboração e implementação das políticas e dos serviços sociais. Bidarra (2006) chama atenção para o fato de que:

[...] a afirmação dos conselhos gestores de políticas públicas como espaços públicos é relevante para as práticas políticas desenvolvidas nesses espaços, porque, por intermédio delas, os sujeitos disputam o controle sobre os instrumentos que dão direção política para as matérias constitutivas dessas políticas (p. 45-46).

Tendo como foco a área da saúde, os conselhos ocupam uma posição relevante que permite a participação da sociedade na gestão dessa política. Como vimos, no panorama contemporâneo, o Sistema Único de Saúde encontra-se em vias de ser desmontado, o que demanda um envolvimento organizado e articulado da sociedade civil, a fim de impedir a privatização e mercantilização da saúde enquanto direito social universal. É substancial que a sociedade conheça e faça uso dos conselhos enquanto mecanismos de intervenção nas decisões governamentais que retiram direitos constitucionais. Conforme aponta Raichelis (2007):

O padrão de intervenção do Estado brasileiro concentrou-se no financiamento da acumulação e da expansão do capital, em detrimento da consolidação de instituições democráticas e da institucionalização do acesso público a bens, serviços e direitos básicos de extensas camadas da população trabalhadora (p. 68).

Inseridos em um contexto de Estado, que sempre buscou fortalecer seus mecanismos de coerção a fim de controlar a sociedade e beneficiar o mercado, a classe trabalhadora brasileira se vê cercada de medidas que retiram direitos sociais de forma cada vez mais acelerada. Concordamos, portanto, com Dallari (1999), quando afirma

que “[...] para proteger os direitos e interesses de um indivíduo ou de um grupo é necessário que a sociedade assuma algum encargo ou tome alguma atitude (p. 19)”.

É consenso que sociedade precisa se posicionar e nos últimos anos temos assistido a inúmeras formas de manifestações da população contra a retirada de direitos e contra a opressão que vem sendo exercida pela classe dominante. No entanto, podemos observar que não apenas o atual governo, mas os anteriores também<sup>20</sup> vêm ignorando o grito de milhões de brasileiros e tomando decisões que beneficiam o grande capital e seus detentores.

O objetivo central dos conselhos gestores, entre eles os de saúde, deve ser o de promover a participação da sociedade e efetivar o controle social na política de saúde. Ou pelo menos essa é a intenção democrática que norteia a sua gênese. Portanto, é o princípio democrático que vai sendo desenvolvido e lapidado, conforme a sociedade vai se envolvendo e se inteirando nos conselhos e nas conferências. Além disso, vai se desenhando um senso de cidadania cada vez mais crítico e consolidado, agregado a uma compreensão da importância de participar a fim de garantir um controle social realmente democrático e se manter em posição de luta frente ao avanço neoliberal no Estado.

O estado do Amazonas, como visto anteriormente, constitui o maior estado da República Federativa do Brasil. Seus aspectos geográficos e suas particularidades fazem dele um grande desafio no processo de democratização e descentralização da saúde. O controle social no Amazonas encontra particularidades que se constituem enquanto desafios a serem transpostos em decorrência não apenas da corrente neoliberal presente no estado, mas também pela magnitude territorial e dificuldade de acesso da população de municípios mais distantes à capital Manaus.

---

<sup>20</sup> Referimo-nos aqui ao governo do então presidente eleito Jair Bolsonaro, o qual era filiado à época da eleição ao Partido Social Liberal (PSL). O mesmo, no entanto, após deixar o PSL não encontra-se vinculado a nenhum partido, tendo feito tentativas de criação de um novo partido, não obtendo êxito até o primeiro semestre de 2020. Nossa observação estende-se, também, aos partidos anteriores que estiveram à frente na presidência do Brasil (Partido dos Trabalhadores – PT, Partido Democrático Brasileiro – PMDB, Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB), entre outros, cujos governos permitiram que o neoliberalismo ganhasse espaço e força em território brasileiro contribuindo, portanto, para o atual cenário social, político e econômico do país.

Ao contrário de outros estados brasileiros como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, onde o Movimento de Reforma Sanitária teve grande repercussão e mobilização social nas décadas de 1970 e 1980, no estado do Amazonas, as mobilizações nesse período, que tomaram lugar principalmente na cidade de Manaus, não estavam articuladas ao Movimento de Reforma Sanitária no sentido propriamente dito de democratização da saúde, mas tiveram como discussão central as melhorias das condições de trabalho para os trabalhadores da saúde, recursos humanos e melhor remuneração para os mesmos (FREITAS, 2003).

Mesmo não estando diretamente ligadas ao Movimento de Reforma Sanitária, as manifestações dos trabalhadores da saúde pressionaram o estado também em torno de melhores condições no atendimento dos usuários, uma vez que as unidades de atendimento à saúde encontravam-se sucateadas e havia uma grande deficiência de recursos humanos no setor saúde (FREITAS, 2003).

Estamos trazendo essas informações para que possamos perceber como o processo de implementação do SUS, democratização e descentralização da saúde ocorreu de forma diferente em cada estado. No caso do Amazonas, a consolidação do SUS e dos conselhos de saúde esteve mais relacionada ao cumprimento da legislação federal fruto das conquistas das diversas manifestações e pressão da sociedade que culminaram com o fim do regime ditatorial e deram início a uma transição de volta à democracia tendo como grande marco a promulgação da Constituição Federal de 1988. No entanto, é importante ressaltar que:

Após o esgotamento das ditaduras militares, a transição para os regimes democráticos não ocorreu de modo a romper com as estruturas e os grupos políticos do regime anterior, o que acabou favorecendo a manutenção de uma estrutura autoritária que convive com eleições, partidos políticos e corpo legislativo (SILVA, 2003, p. 112).

Assim, segundo Freitas (2003), é nesse cenário contraditório e conflituoso que, a partir do fim da década de 1980, mais precisamente o ano de 1989, e início da



década de 1990, com a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde no Amazonas, inicialmente na capital Manaus, que o estado passa a ter uma aproximação com a ideia de democratização e descentralização da política de saúde.

Como vimos no capítulo 1, o Amazonas possui 62 municípios, distribuídos geograficamente de uma forma desafiadora quando levamos em consideração o acesso e a distância que separa muitos desses municípios da cidade de Manaus. Esses aspectos contribuem para uma maior lentidão no processo de descentralização e regionalização da saúde e, com isso, da própria democratização da saúde, uma vez que a implementação do controle social trazida pela Constituição de 1988, também se torna mais difícil de ser executada. Conforme destaca Schweickardt et al. (2015):

Um desafio para a regionalização do sistema de saúde refere-se ao fato de que grande número de pequenos agrupamentos populacionais estão sediados em locais com difícil acesso, com sistema de transporte insuficiente para o deslocamento ágil e constante, calcado principalmente nas características de vias fluviais, apresentando precárias estruturas de saneamento básico. O transporte fluvial, embora predominante, não alcançou adequado desenvolvimento tecnológico e sustentável em termos de conforto, acessibilidade, segurança e confiança. Essas características estão presentes na maioria dos sessenta e dois municípios amazonenses (p. 109).

Embora rodeado de especificidades naturais, o Amazonas, a partir da década de 1990, segue cumprindo a legislação vigente no processo de consolidação do SUS e, com a aprovação da Lei 8.142/90, tem início a criação dos conselhos de saúde no estado. O Amazonas, hoje, conta com 62 conselhos municipais de saúde e um conselho estadual de saúde. Como podemos constatar, todos os municípios do Amazonas possuem um conselho municipal de saúde, o que não significa necessariamente que o controle social tenha se efetivado de forma verdadeiramente democrática. Cientes de que cada município merece uma investigação particular, nos deteremos aqui no Conselho Municipal de Saúde de Manaus e no Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, objetos de estudo desta pesquisa.

Inicialmente, o Conselho Municipal de Saúde de Manaus – CMS/MAO foi criado em 1990 atendendo ao cumprimento da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, tendo sido posteriormente instituído nos termos da Lei Orgânica 066 de 11 de junho de 1991. Essa lei também instituiu o fundo municipal de saúde em Manaus. Posteriormente, o CMS foi alterado pela Lei Municipal de nº 1.094 de 09 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial do Município no dia 10/01/2007. Sendo assim, o CMS se caracteriza enquanto órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde para o município de Manaus (SEMSA, 2019).

A instituição do CMS foi um avanço significativo na busca pela consolidação do controle social no Amazonas, tendo em vista a sua pouca participação no Movimento de Reforma Sanitária. Além disso, conta como um passo importante para a ampliação da democracia, ultrapassando a sua forma representativa e iniciando, ainda que timidamente, os caminhos para uma democracia participativa, conforme indica Silva (2003) “a democracia participativa inova ao ampliar os espaços de atuação para além da escolha do governo [...]” (p. 20).

É apenas em 1993, com a Lei nº 2.211 de 17 de maio de 1993 que é criado o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Posteriormente, o CES passa ainda por três alterações, através da Lei nº 2.371 de 26/12/1995 que trata da reorganização e dos atributos do CES, da Lei nº 2.670 de 23/07/2001 que, por sua vez, alterou a Lei 2.371 e, por fim, a Lei nº 3.954 de 04/11/2013 que trata da regularização e das atribuições do CES. Atualmente, o CES está passando por um processo de reestruturação que conta com a intervenção do Ministério Público do estado do Amazonas, que trataremos mais à frente. Nesse ponto, é fundamental destacar a seguinte fala de Coutinho (2000):

[...] há uma questão de princípio, que consiste na criação de mecanismos de gestão coletiva, de baixo para cima, mecanismos públicos, mas não necessariamente burocrático-estatais em sentido estrito, que seriam canais incentivadores do aumento da participação popular na tomada de decisões e na execução das políticas (p. 135).

Embora a população amazonense não tenha participado de forma tão articulada nas manifestações lideradas pelo Movimento de Reforma Sanitária, isso não anula o fato de que, também no Amazonas, os conselhos se caracterizam enquanto instrumentos do controle social conquistados de baixo para cima, de forma democrática e, portanto, devem contribuir para a consolidação dos direitos à saúde e para a efetivação da participação da sociedade de forma organizada na elaboração, implementação e fiscalização dessa política, conforme bem indica Dallari (1999):

Todo indivíduo tem o direito e o dever de opinar sobre os assuntos e as decisões que afetem seus interesses, assim como sobre tudo que for de interesse comum. É evidente que o direito de opinar não significa apenas a possibilidade de manifestar concordância. O mais importante é justamente o direito de divergir, de discordar, de manifestar oposição (p. 77).

Participar de forma organizada é indispensável. Foi fundamental para dar início à transição democrática, é fundamental para enfraquecer as tentativas de avanço neoliberal e continua essencial no cenário contemporâneo de governos adversos que a sociedade brasileira tem enfrentado. As lutas pela democratização da saúde, pela efetivação do controle social e da gestão compartilhada nessa política deve ser de interesse de todos, mas principalmente dos usuários do SUS, que sentem na pele o descaso da precarização a que vem sendo exposta a política pública de saúde.

É por isso que os conselhos de saúde possuem composição paritária, ou seja, são formados por três segmentos: gestores e prestadores de serviços do SUS, profissionais e trabalhadores da saúde e usuários do SUS. A composição paritária garante que o número de representantes do segmento dos usuários seja igual à soma dos demais representantes dos outros segmentos, uma vez que os usuários devem participar ativamente do controle social na política de saúde. O quadro 7 nos ajuda a visualizar de que forma se dá a composição do CES/AM e do CMS/MAO, respectivamente.

**Quadro 7 – Composição do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas**

<b>Eixo I: Representantes de movimentos, entidades e instituições de usuários do SUS</b>	<b>Titular</b>	<b>Suplente</b>
Representante das Centrais Sindicais	01	02
Representante das Instituições, entidades e/ou movimentos representativos de Pessoas com Deficiência	01	02
Representante das Instituições, entidades e/ou movimentos destinadas à Proteção e à Assistência de Portadores de Doenças Crônico-Degenerativas	01	02
Representante do Fórum Permanente em Defesa da Saúde do Estado do Amazonas	01	02
Representante das Instituições, entidades e/ou movimentos de Aposentados e Pensionistas	01	02
Representante do Movimento Popular em Saúde do Estado do Amazonas	01	02
Representante de Federação de Movimentos Populares e Sociais do Estado do Amazonas	01	02
Representante das Instituições, entidades e/ou movimentos do Indígenas	01	02
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>16</b>
<b>Eixo II: Representantes escolhidos entre Sindicatos, Conselhos e Associações de trabalhadores de saúde</b>	<b>Titular</b>	<b>Suplente</b>
Representante do Sindicato de Trabalhadores do Serviços Públicos de Saúde	01	02
Representante dos Sindicatos, Conselhos e Associações de Profissionais de Saúde do Estado do Amazonas	03	06
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>08</b>
<b>Eixo III: Representantes escolhidos entre representantes do governo, entidades prestadoras de serviços de saúde e aparelho formador do SUS</b>	<b>Titular</b>	<b>Suplente</b>
Representante da Secretaria Estadual de Saúde	01	02
Representante das Universidades Públicas do Estado do Amazonas	01	02
Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde	01	02
Representante do Ministério da Saúde	01	02
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>08</b>
<b>Total Geral</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

**FONTE:** Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas

Os conselhos de saúde em Manaus possuem regimento próprio e têm como finalidade e objetivo básico o estabelecimento, o acompanhamento, o controle e a avaliação das políticas municipal e estadual de saúde. Logo, os conselhos possuem autonomia para discutir, deliberar, avaliar, fiscalizar, definir diretrizes e controlar a política de saúde, assim como os recursos financeiros destinados à sua execução. No quadro 8 acompanhamos a composição do Conselho Municipal de Saúde de Manaus.

**Quadro 8 – Composição do Conselho Municipal de Saúde de Manaus**

<b>Eixo I: Escolhidos entre representantes do governo e de entidades prestadoras de serviços de saúde</b>	<b>Titular</b>	<b>Suplente</b>
Representante da Secretaria Municipal de Saúde (áreas: administrativa, atenção primária, redes de atenção, urgência e emergência, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária)	05	05
Representante da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas	01	01
Representante do Ministério da Saúde	01	01
Representante de Entidades de Prestadores Privados de Serviço de Saúde	01	01
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>08</b>
<b>Eixo II: Representantes escolhidos entre entidades de trabalhadores de saúde</b>	<b>Titular</b>	<b>Suplente</b>
Representante de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	01	01
Representante de associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos	06	06
Representantes de entidades públicas de hospitais universitários e hospitais campos de estágio, de pesquisa e desenvolvimento, e de comunidades científicas da área da saúde	01	01
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>08</b>
<b>Eixo III: Representantes de usuários do Sistema Único de Saúde</b>	<b>Titular</b>	<b>Suplente</b>
Representante de organizações de moradores, sendo divididas entre as seis zonas da área urbana do município de Manaus: leste, oeste, norte, sul, centro-oeste, centro-sul	06	06
Representante de organizações de moradores da zona rural e fluvial do município de Manaus	01	01
Representante de entidades de defesa do consumidor	01	01
Representante de entidades ambientalistas	01	01
Representante de organizações religiosas	01	01
Representante de associações de pessoas com patologias	01	01
Representante de associações de pessoas com deficiência	01	01
Representantes de movimentos organizados de mulheres em saúde	01	01
Representantes de movimentos sociais e populares organizados (movimento negro, LGBT, etc.)	01	01
Representantes de entidades de povos indígenas residentes nos limites do município de Manaus	01	01
Representante de entidades de aposentados e pensionistas	01	01
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Total Geral</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

**FONTE:** Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Manaus

Em sua composição paritária, os conselhos de saúde estão abertos para diversos segmentos da sociedade, para serem ocupados por pessoas que possuem

lugar de fala nas diversas representações que devem se fazer presentes nessas instituições. Os conselheiros de saúde devem atuar na linha de frente em defesa do SUS através do debate, da investigação e da fiscalização efetivando, assim, o controle social. Como bem expõe Ferraz (2006):

[...] tanto os conselhos quanto os movimentos sociais e as organizações da sociedade civil são espaços de disputa política, de debate de projetos, negociação de interesses e estabelecimento de consensos, ainda que precários e sempre sujeitos à redefinição e negociação (p. 67).

O Conselho Municipal de Saúde de Manaus e o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas se enquadram nessa definição. São espaços dedicados ao exercício da cidadania através da participação dos usuários, muitos dos quais representantes de movimentos sociais, representantes das minorias que, juntas, se tornam a maioria da população e são os direitos das grandes massas que estão sendo negligenciados pela minoria dominante que se encontra no poder.

A realidade das decisões tomadas pelos governantes nos últimos anos deixa claro que a democracia representativa não é suficiente para defender os interesses das classes subalternas. É preciso ir além, é necessário que essas pessoas façam parte dos processos decisórios sobre medidas que interessam à coletividade.

Como um dos caminhos para a efetivação do controle social, o Conselho Municipal de Saúde de Manaus realiza, desde 2006, a Semana do Controle Social, em comemoração ao aniversário do CMS. Esse evento é dedicado especialmente aos conselheiros de saúde, mas também é aberto àqueles que estejam interessados.

Até o momento já foram realizadas 14 edições que tratam sempre de temas como democracia, cidadania, qualificação dos conselheiros, participação popular, legislação da saúde, entre outros, que fortalecem os processos participativos. Abaixo, algumas imagens da 12ª edição da Semana do Controle Social em Manaus, realizada em 2017.

**Figura 2** – Tema da 12ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em



**FONTE:** Pesquisa de campo, 2017.

**Figura 3** – Conselheiros participando da 12ª Semana do Controle Social da Saúde Manaus em



**FONTE:** Pesquisa de campo, 2017.

**Figura 4** – Mesa de abertura da 12ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2017



**FONTE:** Pesquisa de campo, 2017.

A Semana do Controle Social é um espaço para a reflexão e também para discussão e debate acerca não apenas dos princípios do SUS, mas das dificuldades e desafios que ele vem encontrando para a sua consolidação. É uma oportunidade para analisar a conjuntura atual da política de saúde e para pensar alternativas que busquem fortalecer o Sistema Único de Saúde e garantir a continuidade da política de saúde

enquanto direito universal. No de 2019, a Semana do Controle Social teve como tema o “*Protagonismo do Controle Social para o Fortalecimento do SUS*” e, conforme afirmou o presidente do CMS/MAO:

A Semana do Controle do Social é um espaço para o debate e mobilização dos conselheiros. Este ano, o tema principal foi definido como reflexão para a importância de um maior protagonismo dos conselheiros de saúde e da sociedade em geral para o fortalecimento do controle social na saúde, principalmente considerando o cenário atual no Brasil de questionamentos e ataques aos princípios do SUS. O controle social é um desses princípios e o SUS não existe sem a participação social na condução das políticas públicas em saúde. Então, esse é um momento de debater e refletir sobre o papel de cada um no fortalecimento do SUS<sup>21</sup>.

Esses eventos são importantes pois contribuem para o aprofundamento do conhecimento dos conselheiros de saúde acerca do controle social, socializam a informação e alertam para a conscientização em relação à participação social, ao comprometimento com a defesa do SUS em prol das grandes massas e ao fortalecimento dos diversos segmentos que compõem os conselhos na busca pela manutenção da saúde pública. Abaixo podemos conferir algumas imagens da 14ª edição da Semana do Controle Social da Saúde de Manaus.

**Figura 5** – Palestra realizada na 14ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2019



**FONTE:** Pesquisa de campo, 2019.

---

<sup>21</sup> Fala do presidente do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, concedida à Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/noticia/semana-controle-social-aniversario/>. Acesso em 14 jul. 2019.



**Figura 6** – Folder da 14ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2019



**FONTE:** Pesquisa de campo, 2019.

**Figura 7** – Mesa de abertura da 14ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus em 2019



**FONTE:** Pesquisa de campo, 2019.

A Semana do Controle Social é um evento realizado exclusivamente pelo Conselho Municipal de Saúde de Manaus com parceria e apoio da Secretaria Municipal de Saúde, o que demonstra a fragilidade nas relações de diálogo entre Conselho Estadual e Municipal de Saúde de Manaus.

Concluimos esse tópico com as palavras de Soares (2012), quando esta ressalta que “[...] a garantia de direitos e o exercício de cidadania se vinculam ao processo de participação popular, bem como à validação dos princípios democráticos” (p.42). Os conselhos de saúde, portanto, não podem perder a sua característica democrática, na área da saúde eles são a principal porta para uma gestão compartilhada dessa política e para que o povo tenha a oportunidade de participar da vida política do Estado.

Enfim, para que o povo possa ser de fato representado, é necessário que ele esteja presente dentro dessas instituições e tenha vez e voz e, mais importante, que seja ouvido e atendido em suas reivindicações. Os conselhos de saúde em Manaus estão instituídos, porém é importante ressaltar que, desde a sua implementação, são

muitos os percalços encontrados que impedem uma plena efetivação do controle social a partir dos conselhos, os quais serão abordados no tópico 2.3 deste capítulo.

## **2.2 Conferências de Saúde no Amazonas: a gestão democrática em questão**

As conferências de saúde, da mesma forma que os conselhos de saúde, foram instituídas a partir da Lei nº 8.142/90 e, assim como democracia e cidadania caminham juntas, os conselhos e as conferências de saúde formam uma dupla de órgãos colegiados que viabilizam a participação da comunidade na política de saúde. As conferências de saúde são momentos propícios para a discussão e debate acerca da saúde e, principalmente, são espaços de exercício democrático e cidadão. Segundo pontua Ferraz (2006):

Para os movimentos sociais e organizações da sociedade civil, o espaço de disputa e definição em torno das políticas setoriais são as conferências (municipais, estaduais e nacionais), estabelecidas pelas leis orgânicas de diversos setores para a discussão e a definição das diretrizes e programas a serem seguidos em cada área e, em alguns estados, as plenárias populares, organizadas pelo próprio movimento, em torno da temática (p. 66).

É preciso atentarmos para o fato de que hoje, no Brasil, vivemos um aprofundamento de um governo autoritário, antidemocrático e neoliberal. A partir do golpe ocorrido em 2016 no qual Michel Temer tomou posse da presidência, o Estado tem se posicionado sempre de forma contrária à participação da sociedade, ou seja, quanto menos pessoas interferindo nas decisões do governo, melhor.

Se, com o golpe de 2016, as medidas de ajuste ao neoliberalismo passam a um nível de celeridade avançada, com a eleição de Jair Bolsonaro, o Brasil se vê diante de um processo de devastação de direitos sociais e criação de barreiras para o envolvimento e participação social. Só nos primeiros seis meses de 2019, foram extintos diversos colegiados, com participação social, ligados à administração federal e, embora alguns tenham sido recriados, essa recriação dependeu de normas fixadas pelo

governo que devem ser seguidas. Portanto, podemos perceber o quanto a democracia está ameaçada no país, como bem aponta Ferraz (2006):

O esvaziamento e a conseqüente anulação da presença dos conselhos no circuito decisório tem sido a mais forte estratégia usada por representantes de blocos no poder e forças de caráter antidemocrático para resistir à partilha efetiva de poder e a promoção de alterações mais profundas na direção dada ao uso dos recursos públicos no sentido de efetivar políticas que garantam o acesso da maioria da população a bens e serviços capazes de assegurar a efetividade de seus direitos (p. 68).

Mais recentemente o atual presidente excluiu o Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, recriando-o sob a denominação de Unidade de Inteligência Financeira – UIF cujos membros serão indicados pelo Banco Central. Também foi reduzida a participação da sociedade no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD. Além disso, também foi proibida a divulgação das discussões em curso sem que antes haja a prévia anuência dos ministros da Justiça e da Cidadania. Percebe-se então um claro processo de retirada da sociedade nas tomadas de decisões governamentais, o que caracteriza ainda mais o período antidemocrático em que o país vem mergulhando.

Quanto menos houver envolvimento social, mais o governo pode agir deliberadamente em prol dos interesses do grande capital e das classes dominantes. Dallari (1999) alerta que “a participação intensa e constante de muitos é necessária para impedir que alguns imponham uma ordem injusta, que sempre acaba sendo prejudicial para todos” (p. 36). A fala do autor sem dúvida reflete o cenário atual que estamos vivenciando no Brasil.

Até o presente momento os conselhos de saúde têm sido poupados desse desmonte no âmbito da participação social, mas nem por isso podemos afirmar que sejam espaços unicamente voltados para a efetivação do controle social na saúde, antes, pela sua própria composição, são espaços conflituosos de divergência e luta, conforme afirma Bravo (2006, a):

[...] os conselhos não podem ser nem supervalorizados, nem desvalorizados. São fundamentais para a socialização da informação e a formulação de políticas sociais, entretanto têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país (p. 93).

É nesse cenário que os conselhos vão tomando forma e desenhando a história do controle social na política de saúde no Amazonas. Vale ressaltar que, formalmente, os conselhos de saúde seguem autorizados no que diz respeito ao seu funcionamento, no entanto, o avanço democrático vem sendo restrito diretamente pela Emenda Constitucional 95 que limita e reduz para os próximos 20 anos os investimento não apenas em saúde, mas em outras políticas sociais.

É, portanto, nesse mesmo cenário que vêm sendo realizadas as conferências municipais e estaduais de saúde no Amazonas. Na cidade de Manaus foram realizadas 8 conferências municipais e estaduais de saúde cujos temas podemos acompanhar no quadro a seguir.

**Quadro 9** – Relação de conferências municipais e estaduais de saúde realizadas em Manaus<sup>22</sup>

<b>CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE</b>	<b>CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE</b>
I Conferência Municipal de Saúde de Manaus	I Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 12 a 15 de setembro de 1990	Data: não localizada
<b>Tema Central: Saúde – Municipalização é o caminho</b>	
II Conferência Municipal de Saúde de Manaus	II Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 05 a 07 de dezembro de 1995	Data: não localizada
<b>Tema Central: Saúde: Direito do Cidadão, Dever do Estado, Responsabilidade de Todos</b>	
III Conferência Municipal de Saúde de Manaus	III Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 17 a 19 de maio de 2000	Data: não localizada
<b>Tema Central: Aprofundando o Controle Social</b>	
IV Conferência Municipal de Saúde de Manaus	IV Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 25 a 29 de agosto de 2003	Data: 07 a 10 de outubro de 2003

<sup>22</sup> É importante esclarecer que não conseguimos obter nenhuma informação ou relatórios a respeito das datas exatas nas quais foram realizadas as I, II e III Conferências Estaduais de Saúde do Amazonas, por isso as mesmas não constam na tabela.

<b>Tema Central: Saúde, um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos</b>	
V Conferência Municipal de Saúde de Manaus	V Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 24 a 27 de julho de 2007	Data: 04 a 06 de outubro de 2007
<b>Tema Central: Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento</b>	
VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus	VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 26 a 29 de julho de 2011	Data: 18 a 21 de outubro de 2011
<b>Tema Central: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – política pública, patrimônio do povo brasileiro</b>	
VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus	VII Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 28 a 30 de julho de 2015	Data: 28 a 30 de setembro de 2015
<b>Tema Central: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas – direito do povo brasileiro</b>	
VIII Conferência Municipal de Saúde de Manaus	VIII Conferência Estadual de Saúde do Amazonas
Data: 01 a 03 de abril de 2019	Data: 01 a 03 de julho de 2019
<b>Tema Central: Democracia e Saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS</b>	

**FONTE:** SEMSA, 2019. Pesquisa Documental, 2019.  
SUSAM, 2019.

Como podemos notar, palavras como democracia, direito, controle social, cidadania, são recorrentes nos temas adotados pelas conferências de saúde. Como instituições que devem atuar na busca pela consolidação e efetivação do controle social e democratização da saúde, esses temas são pertinentes aos objetivos que competem a estas instituições.

Os conselhos e conferências de saúde devem sempre estar voltados para o desenvolvimento de um controle social realmente democrático, por isso, é importante investigar se, para além de seus temas, as conferências têm debatido e aprofundado alternativas para que a sociedade participe de forma ativa das decisões acerca da saúde em Manaus.

Segundo Bravo (2012):

[...] a participação social no SUS foi concebida na perspectiva do controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas de saúde, desde as suas formulações, planos, programas e projetos, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (p. 131).

A participação da sociedade nas conferências de saúde em nível municipal, estadual e nacional contribui para que o envolvimento social não fique reduzido apenas à fiscalização da política de saúde, nesses espaços, os diversos grupos ali representados podem propor, debater, votar e participar de forma mais completa dos processos democráticos que permeiam as conferências de saúde.

Nesses tempos de retrocessos que estamos vivendo, talvez nunca tenha sido tão importante estar envolvido nos processos de mobilização social. Enquanto nas décadas de 1970 e 1980 a luta girou em torno do fim do regime militar e volta da democracia, aqui a luta reside na busca pela manutenção do que foi então conquistado àquela época e, quem sabe, da sua ampliação.

A supressão de direitos com a intenção de estabelecer apenas o mínimo necessário para a manutenção da força de trabalho é uma marca registrada dos governos que priorizam o desenvolvimento econômico em detrimento do desenvolvimento social. Estamos perdendo direitos que foram adquiridos com muita luta e resistência e essas decisões têm recebido, infelizmente, apoio de parte da população trabalhadora em conjunto com as classes dominantes que apoiam essas medidas do Estado Mínimo<sup>23</sup>, uma vez que favorecem a sua permanência nos blocos de poder.

Por isso, é extremamente relevante nos apoderarmos dos mecanismos de participação na política de saúde. Os usuários do SUS ainda têm o direito de ocupar 50% da composição dos conselhos e devem se esforçar para que essa representação seja atuante, que apresente propostas e lute pela sua aprovação. Os usuários não podem apenas ser aqueles que votam a favor ou contra determinadas propostas que foram apresentadas, por exemplo, pelo representantes do governo. É preciso fazer valer os direitos das classes subalternas, da coletividade.

---

<sup>23</sup> O Estado Mínimo se caracteriza por fornecer apenas a base legal para que o mercado livre possa maximizar os “benefícios aos homens” (BEHRING, 2009), é um Estado com apenas três funções: a defesa contra inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos e o provimento de obras públicas que não possam ser executadas pela iniciativa privada (BOBBIO, 1988), ou seja, é um Estado despojado de funções redistributivas (IAMAMOTO, 2009) sendo apenas mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital (NETTO, 1993).

Na última década (2010 a 2019) foram realizadas 3 conferências municipais de saúde em Manaus e 3 conferências estaduais de saúde pelo Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, respectivamente. Não podemos esquecer, em hipótese alguma, o quanto o controle social é importante para a manutenção da política de saúde enquanto direito social universal. No momento em que a população deixe de participar, é certo que estaremos mais próximos do fim do Sistema Único de Saúde que, com todas as suas deficiências, tem sido a única forma de acesso de vários grupos à assistência à saúde. Bravo (2012) destaca:

O projeto do capital (setor privado), que concebe a saúde como mercadoria, tem atacado seu caráter universal, defendendo a focalização da assistência, a precarização do trabalho e dos serviços e sua privatização, impedindo a concretização desse sistema público na sua plenitude e desmontando o SUS por dentro dele mesmo (p. 138).

Essa última década talvez tenha sido a mais tensa para as políticas sociais, pois esse projeto do capital citado pela autora teve avanços significativos que desestabilizaram ainda mais a política brasileira e a frágil democracia que vigora no país. Em 10 anos temos vivenciando escândalos de corrupções cada vez maiores envolvendo aqueles que foram eleitos pelo povo, desvios de recursos públicos para benefícios particulares e pagamentos de propinas, precarização de políticas públicas oferecendo apenas o mínimo à população enquanto o máximo de apoio é direcionado ao grande capital.

Na saúde, a população paga um preço cada vez maior, com uma assistência precária, infraestrutura deficiente, falta de leitos nos grandes hospitais, longas filas de espera para a realização de exames. Mas nada disso é novidade, ao contrário, são problemas que se arrastam a anos em consequência da concentração do poder nas mãos de uns poucos, enquanto a grande parte da população fica à mercê das decisões estabelecidas pelo governo.

A importância na análise dos relatórios das conferências de saúde reside no fato de que nesses espaços são definidos muitos dos caminhos determinantes para a política de saúde. Portanto, seguindo uma ordem cronológica do último decênio (2010 – 2019), iniciaremos uma análise dos relatórios das três últimas conferências realizadas na capital amazonense pelos Conselhos Municipal de Saúde de Manaus e Estadual de Saúde do Amazonas.

### 2.2.1 VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus

A VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus foi realizada no período de 26 a 29 de julho de 2011, teve como palco o Diamond Convention Center Eventos e contou com a presença de 400 pessoas representativas da sociedade, dentre as quais 360 delegados e 40 convidados e teve como tema central “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro” seguido do eixo “Acesso e Acolhimento com qualidade e equidade – um desafio para o SUS”.

Com quatro dias de evento, a conferência se divide em três etapas, de acordo com o artigo 4º do seu regulamento, quais sejam, a plenária de abertura, os grupos de trabalho e a plenária final. Foram ainda definidas três mesas redondas com as temáticas abaixo que também foram discutidas nos grupos de trabalho:

- ✓ Tema 1: Avanços e desafios para a garantia do acesso e acolhimento com qualidade e equidade.
- ✓ Tema 2: Avanços e desafios para a participação da comunidade e controle social.
- ✓ Tema 3: Avanços e desafios para a gestão pública do SUS.

Consideramos de elevada importância o conjunto das discussões realizadas na conferência, a análise dos avanços e o reconhecimento dos desafios são fundamentais para traçar possíveis alternativas que visem a democratização da saúde, o que inclui a melhoria dos serviços oferecidos, o envolvimento efetivo da população na gestão do SUS e a garantia de que essa gestão permaneça pública, ou seja, continue sendo



financiada pelo Estado, como instituído pela Constituição Federal de 1988. Como afirma Coutinho (2000):

Tal como no caso dos direitos civis e políticos, mas de modo ainda mais intenso, o que se coloca como tarefa fundamental no que se refere aos direitos sociais não é o simples reconhecimento legal-positivo dos mesmos, mas a luta para torná-los efetivos. A presença de tais direitos nas Constituições, seu reconhecimento legal, não garante automaticamente a efetiva materialização dos mesmos. Esse é, em particular, o caso do Brasil. Mas, embora a conversão desses direitos sociais em direitos positivos não garanta sua plena materialização, é muito importante assegurar seu reconhecimento legal, já que isso facilita a luta para torná-los efetivamente um dever do Estado. Tampouco é casual que os neoliberais se empenhem hoje, inclusive em nosso país, por eliminá-los também das normas legais, em particular da própria Constituição (p. 63-64).

O autor explica com maestria o cenário dos direitos sociais no Brasil que, embora reconhecidos em lei, sua efetivação depende ainda das muitas lutas travadas entre sociedade e Estado. O controle social é uma das possíveis formas de luta, de maneira organizada, para que o Estado reconheça suas obrigações e consolide os direitos sociais de maneira digna. Mas já vimos que todo e qualquer avanço nos direitos sociais sempre dependerá da pressão da sociedade sobre o Estado, da sua participação na vida política do Estado enquanto parte que o compõe. Dito isso, analisaremos as discussões que tiveram espaço na Mesa Redonda com o tema 2 “Avanços e desafios para a participação da comunidade e controle social”.

Essa mesa redonda teve como expositor principal o prof. Dr. Ivo do Santos Pedrosa que abordou a temática apontando que a transição da ditadura para a democracia, a intensificação das desigualdades e a exclusão social pela lógica do capital e concentração de poder, por parte da elite, são os principais indicadores da trajetória da participação da sociedade na América Latina.

Silva (2003), ao citar Held (1978) de forma coerente, afirma que “[...] um dos maiores impedimentos para a democracia participativa é o papel desempenhado pelo Estado na manutenção das desigualdades sociais” (p. 19). Enquanto o Estado

permanecer responsável pelas desigualdades predominantes na sociedade brasileira, mais poder ele acumula e mais a sociedade, em sua maioria, permanece enfraquecida e impotente, sem poder de decisão, sem exercício democrático e cidadania limitada.

Sabemos que esses foram os principais fatores para que a sociedade se organizasse em busca de conquistar um lugar em que se fizesse ouvida. O controle social pode ser denominado como um desses lugares, mas ainda não é um espaço que garante que a sociedade seja ouvida e atendida em suas necessidades. Para isso, a participação social ainda necessita ser ampliada e qualificada no que tange à gestão participativa da saúde.

Durante a realização da conferência, os 10 grupos de trabalhos puderam discutir todos os temas apresentados e elaborar propostas para deliberação na plenária final. As propostas foram divididas em três âmbitos – Nacional, Estadual e Municipal. Para a diretriz temática “Participação da comunidade e controle social” foram elaboradas 67 propostas, das quais 40 foram aprovadas. Podemos acompanhar as propostas aprovadas no quadro a seguir.

**Quadro 10** – Propostas deliberadas e aprovadas na diretriz temática 2

<b>PROPOSTAS APROVADAS DE ÂMBITO NACIONAL</b>
1. Apoiar a consolidação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - PARTICIPASUS como política essencial, de modo a garantir a participação da comunidade e usuários na gestão do SUS.
2. Divulgar na intranet os relatórios da ouvidoria do SUS, auditoria do SUS, monitoramento e avaliação na gestão do SUS, para garantir acessibilidade e transparência das ações da gestão do SUS a todas as pessoas.
3. Facilitar o acesso da população aos serviços do SAMU, mediante adoção de um protocolo mais simples para atendimento ao usuário e das demandas das Unidades de Saúde.
4. Fomentar parcerias entre as Secretarias de Saúde e da Educação para que seja discutido e incluído na grade curricular escolar, na disciplina História, o tema “Educação e Políticas em Saúde”, viabilizando o amplo esclarecimento sobre o Sistema Único de Saúde.
5. Fortalecer a parceria entre as áreas de saúde e educação, através da expansão do Programa Saúde na Escola para 100% da rede de ensino.
6. Garantir ajuda de custo (auxílio-transporte) para todos os conselheiros de saúde na divulgação do seu trabalho na comunidade e para participar das reuniões fora da comunidade.
7. Intensificar as ações de educação permanente em saúde junto à população, visando evitar e/ou reduzir as doenças e agravos, garantindo a promoção à saúde.
8. Realizar seminário anual para garantir a efetivação das ações de intersetorialidade entre os Conselhos de Educação, Saúde, Segurança Pública, representantes do Ministério das Cidades e outros órgãos, nos três âmbitos de governo, com ampla divulgação dos resultados.
9. Recomendar aos órgãos competentes a fiscalização e o cumprimento da Lei de acessibilidade diante de todas as instituições públicas, privadas e religiosas para facilitar o acesso e mobilidade dos usuários.

10. Utilizar o perfil epidemiológico da população como ponto de partida para o estabelecimento de prioridades de prevenção e promoção da saúde, privilegiando as populações vulneráveis.
11. Capacitar permanentemente os conselheiros de saúde.
<b>PROPOSTAS APROVADAS DE ÂMBITO ESTADUAL</b>
1. Construir hospital e pronto socorro adulto e infantil da zona Norte e que seja contemplado com leitos psiquiátricos.
2. Criar e implementar uma equipe de divulgação na mídia falada, escrita e televisionada, internet, voz comunitária, no intuito de divulgar as ações de saúde dos conselhos e controle social para a comunidade.
3. Criar uma política de comunicação social em saúde que possa dar expressão qualificada e maior visibilidade ao SUS, como sistema político e de direitos de cidadania.
4. Garantir a ampliação das ofertas das especialidades médicas e apoio diagnósticos oferecidos pelo sistema de regulação.
5. Implementar a realização de rodas de conversas sobre o sistema único de saúde nas escolas da rede pública, privada e nas comunidades pelos conselhos de saúde.
6. Implementar parceria entre SEMSA, SEMED e SEDUC para capacitar os agentes de saúde escolar.
7. Instituir uma parceria entre as Secretarias de Saúde, de Segurança e a comunidade e movimentos sociais, com o objetivo de oferecer as condições mínimas de segurança para os profissionais que atuam em todas as unidades de saúde.
8. Intensificar a ampla divulgação dos conselhos locais, municipal e estadual e suas funções na mídia (internet, televisão, rádio e jornais).
9. Promover educação continuada sobre o SUS aos profissionais de saúde.
10. Transmitir, em tempo real, as conferências de saúde na mídia televisionada e na internet no estado do Amazonas.
11. Veicular, permanentemente, na mídia de nossa cidade, conceitos do SUS, englobando a Estratégia Saúde da Família, conselhos municipais e fluxo de atendimento de toda a rede de saúde.
<b>PROPOSTAS DE ÂMBITO MUNICIPAL</b>
1. Fazer cumprir a Lei Municipal nº 161/2005 que trata da esterilização cirúrgica de cães e gatos de rua, com finalidade do manejo adequado da população animal.
2. Ampliar o serviço de ambulâncias para garantir acessibilidade dos usuários ribeirinhos das calhas dos rios Negro e Solimões, quanto à remoção em caráter de urgência no período de 24h.
3. Incluir como responsabilidade da Comissão de Vigilância do Conselho Municipal de Saúde fiscalizar a limpeza pública, demandada pelos conselhos locais de saúde e direcionar o problema para a secretaria competente,
4. Criar equipe de educação em saúde por parte da Secretaria Municipal de Limpeza Pública, com ênfase na educação ambiental.
5. Definir e disponibilizar percentual do orçamento do CMS/MAO para garantir o funcionamento dos CLS.
6. Garantir a instalação dos Conselhos Distritais de Saúde.
7. Comprometer o Conselho Municipal de Saúde a viabilizar, através da Vigilância Sanitária, a implantação e implementação de atividades educativas de segurança alimentar e nutricional voltadas para a comunidade e comerciantes de alimentos em geral.
8. Garantir que as Conferências Municipais de Saúde sejam amplamente divulgadas pelos meios de comunicação.
9. Garantir, através do Conselho Municipal de Saúde, que as eleições para os conselheiros locais, distritais e municipais sejam realizadas nos moldes dos conselhos tutelares.
10. Realizar levantamento das necessidades da comunidade, através do conselho local, de forma a identificar problemas e apontar propostas de solução junto às unidades de saúde.
11. Garantir dotação orçamentária para implantação dos conselhos locais com estrutura física e financeira, a fim de promover o efetivo controle social.
12. Responsabilizar o Conselho Municipal de Saúde para mobilizar a comunidade indígena, a fim de manter sua efetiva participação nas conferências de saúde.

13. Estabelecer fóruns distritais entre as Secretarias Municipais e as Associações Cíveis Organizadas, trimestralmente, como estratégia de controle social.
14. Fortalecer e ampliar os Conselhos Locais de Saúde nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde para garantir o controle social.
15. Estabelecer repasse orçamentário mensal da SEMSA para os Distritos de Saúde para viabilizar a manutenção das sedes distritais e Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados com a fiscalização dos Conselhos Municipal, Distritais e Locais.
16. Compor os distritos de saúde com profissional da comunicação social para dar publicidade às ações de educação em saúde e demais ações programáticas.
17. Garantir a imediata construção e implantação, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, dos NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família e de, no mínimo, 2 (dois) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, além do Centro de Atenção Básica ao Idoso, beneficiando não só o usuário, mas também o trabalhador, ampliando para todas as zonas.
18. Garantir a implantação e implementação dos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

**FONTE:** Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus.

Nos debates realizados nessa conferência, especificamente na diretriz temática do controle social e nos três âmbitos apresentados no quadro, podemos destacar alguns pontos, em especial a proposta de articulação entre as políticas de saúde e educação, a fim de socializar e divulgar não apenas a história do SUS, mas também de conscientizar a população e contribuir para a formação de um senso crítico acerca das políticas sociais no Brasil.

Sabemos que essa proposta não foi alcançada, em vez disso o cenário que temos no campo da educação é a Reforma do Ensino Médio, aprovada através da Lei nº 13.415 de 16/02/2017 que retira disciplinas como História e Geografia da grade curricular obrigatória, configurando mais um passo adiante na precarização da política de educação, uma vez que essas disciplinas são indispensáveis na contribuição para o desenvolvimento do senso crítico.

Outro ponto importante a ser destacado são as diversas propostas de divulgação e veiculação das informações acerca do SUS, dos conselhos de saúde. Sem conhecimento da sociedade a participação se torna mais fragilizada. É necessário que as pessoas conheçam a história e entendam a importância de estar envolvido e de se fazer representar junto à discussão da política de saúde e de outras mais. Uma sociedade conhecedora do poder que a organização e o controle social podem trazer seria o começo de uma real contrapartida da sociedade junto ao Estado. Para Coutinho (2000):

Decerto, depois do surgimento da 'sociedade civil', o modo pelo qual é exercido o poder de classe se altera: o Estado se amplia, tornando-se mais complexo. Buscar hegemonia, lutar pelo consenso, tentar legitimar-se: tudo isso significa que o Estado deve agora levar em conta outros interesses que não os restritos interesses da classe dominante (p. 171).

A sociedade precisa estar presente, é isso que impede, ou pelo menos tenta impedir o Estado de direcionar as decisões apenas para o favorecimento das classes dominantes. Naturalmente, nem todas as propostas dessa conferência foram alcançadas, os conselhos distritais, por exemplo, até 2019 ainda não foram implementados e os conselhos locais de saúde ainda não possuem locais específicos onde possam ser alocados nas unidades básicas de saúde nem equipamentos necessários que garantam o seu bom funcionamento.

Buscar o efetivo desenvolvimento do controle social deve ser objetivo primordial dos conselhos e, para tanto, precisar ser proposta presente nas conferências de saúde. Participar dessas conferências, debater, elaborar propostas, deliberar sobre as mesmas, votar, etc., toda essa dinâmica em si já caracteriza o desenvolvimento do controle social, no entanto, é preciso garantir que as decisões tomadas até o limite das competências dos conselhos de saúde sejam sempre em prol da coletividade. Como bem apontou o conferencista prof. Dr. Ivo dos Santos Pedrosa na abertura da VI CMS:

O sujeito precisa deixar de ser objeto, o SUS é nosso, e todos nós usamos o SUS. Os conselhos estão muito distantes da população. Os conselhos precisam se aproximar mais da população e ouvir as suas demandas, sempre com a visão de que a saúde precisa ser discutida como um todo. O que mais incomoda na política é o controle social, e o conselho tem que discutir a conjuntura da saúde com a população<sup>24</sup> (2011, p. 17).

Podemos relacionar essa fala com Silva (2003) quando a autora atentamente destaca que “as ‘carências’ são decorrentes de políticas estatais pouco voltadas para o

---

<sup>24</sup> Fala transcrita do Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus.

atendimento dos interesses imediatos das classes populares e diretamente envolvidas com o processo de acumulação” (p. 33). Para uma inversão dessa lógica, ainda é necessário muito chão e muita luta pelo controle social democrático.

### 2.2.2 VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

Prosseguindo no ano de 2011, temos mais à frente a VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, realizada nos dias 18, 19, 20 e 21 de outubro daquele ano. A VI Conferência Estadual de Saúde compartilhou o mesmo tema central da VI Conferência Municipal de Saúde “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” seguido do eixo temático “Acesso e Acolhimento com Qualidade – Um Desafio para o SUS”. Assim, é importante citarmos aqui os objetivos designados para esta conferência, de acordo com o seu Regimento:

1. Impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde garantido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Sanitária;
2. Avaliar o SUS e propor condições de acesso à saúde no estado do Amazonas, ao acolhimento e à qualidade da atenção integral;
3. Definir diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, com base nas garantias institucionais da Seguridade Social, no marco do conceito ampliado e associado aos Direitos Humanos;
4. Fortalecer o controle social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS;
5. Definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social.

As conferências de saúde constituem um espaço democrático e ao mesmo tempo conflituoso de busca por diversos interesses. Ao estabelecer os objetivos acima, essa conferência se compromete com a efetivação de importantes princípios trazidos pela Constituição Federal. Esses princípios encontram-se perigosamente ameaçados a voltar a sua categoria anterior de seguro.

O SUS, como proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária, não foi alcançado, uma vez que o mesmo não tem conseguido alcançar seus próprios princípios de universalidade, integralidade e equidade. Por isso é de fundamental relevância a intervenção da sociedade civil como parte vital do Estado, a fim de se manter na busca pela efetivação do SUS. Machado (2012) faz a seguinte reflexão:

[...] a participação voltada ao caminho do controle social da sociedade civil sobre o Estado deve ser uma participação democrática e cidadã, orientada pela igualdade de direitos e de acessos, pela liberdade de expressão, pelo pluralismo de ideias e pela capacidade interventiva das pessoas envolvidas (p. 54).

Como bem expôs a autora, é imprescindível que a sociedade tenha o poder de intervir nas decisões tomadas. Para isso, é necessário que a população tenha voz e isso irá depender bastante dos conselheiros de saúde, tendo em vista que eles representam o restante dos usuários do SUS e constituem 50% da composição do conselho. Assim, fazer parte dos conselhos e participar das conferências é uma tarefa que precisa ser desenvolvida com seriedade e comprometimento, pois cada um dos segmentos estará atuando em defesa dos interesses daqueles a quem representam.

Realizada no auditório do Manaus Plaza Shopping, a conferência contou com a participação de 506 pessoas, das quais 316 eram delegados provenientes dos municípios, 120 convidados, 52 membros da comissão organizadora e 18 delegados natos (conselheiros estaduais de saúde). O debate foi orientado no âmbito das seguintes diretrizes:

- ✓ Acesso e acolhimento com qualidade;
- ✓ Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- ✓ Participação da comunidade e controle social;
- ✓ Gestão do SUS;
- ✓ Financiamento e relações público x privado;
- ✓ Pacto pela saúde;
- ✓ Gestão do trabalho e educação em saúde.

Continuando nossa busca pelos caminhos do controle social na saúde, analisamos a fala de Francisco Batista Júnior, à época conselheiro nacional de saúde, e responsável pela explanação no painel sobre Participação da comunidade e controle social. O conselheiro tece uma crítica ao afirmar que um dos principais problemas do SUS é a participação “[...] pois em tese se os conselhos funcionassem como deveriam, muitos problemas que estão sendo vivenciados poderiam estar de forma diferente, como a questão do acesso, financiamento, etc.”. A fala do conselheiro nos leva à reflexão feita por Almeida e Tatagiba (2012):

[...] esses espaços institucionalizados precisam ser tencionados pelas lutas sociais, inclusive os espaços participativos. Não ocorrendo isso, acontece o que vemos hoje, esses espaços deixam de ser espaços de disputas políticas e passam a ser espaços burocráticos ou de ocupação de posição. Isso é a morte dos processos participativos (p. 84).

Já vimos que o controle social foi uma conquista que se deu de baixo para cima, pois o próprio sistema capitalista de produção entende a necessidade que o Estado tem em fazer certas concessões à sociedade civil, já que aquele depende desta para continuar existindo. O capitalismo precisa da classe trabalhadora para alimentá-lo, sem essa classe sua existência fica profundamente ameaçada e, portanto, é necessário que



haja condições, ainda que mínimas, para a manutenção da grande massa trabalhadora do país.

Como parte dessas condições encontram-se as políticas públicas e, a partir, da Constituição Federal de 1988, a sociedade adquiriu mais um direito, o de participar e estar envolvida na vida política do Estado. No entanto, nada disso tem sentido se as instituições do controle social e seus representantes não conseguem desenvolver as suas atividades baseadas realmente nos princípios democráticos em cima dos quais foram instituídas.

Embora sejam grandes conquistas, é necessário avançar ainda mais profundamente em direção a uma participação realmente cidadã, ou seja, uma participação consciente e crítica. Isso, claro, depende de vários fatores como educação política e consciência de classe, passos iniciais para o esclarecimento da sociedade. Refletir sobre isso nos leva a considerar como ainda são diversos os desafios para que haja de fato uma mudança nos processos democráticos do país para que estes possam, assim, fazer jus à Constituição Cidadã.

Para que os direitos sociais não sejam oferecidos de forma tão mínima, é necessário que a sociedade esteja envolvida e comprometida com os interesses das grandes massas populacionais. O SUS é um sistema gigante e complexo e representa o meio pelo qual a maioria das pessoas consegue ter acesso à saúde e, no entanto, ainda deixa muito a desejar em aspectos básicos.

A participação e o controle social precisam ser debatidos de maneira que vise o seu aprofundamento e a sua efetivação. Nas conferências de saúde, as propostas devem ser discutidas e estabelecidas de forma democrática através dos trabalhos em grupo, contando com a participação das três representações dos conselhos, o que deve assegurar um balanço dessas propostas, para que as mesmas não sejam apenas do interesse do governo. O quadro 11 mostra as propostas elaboradas em âmbito estadual e nacional na VI Conferência Estadual de Saúde do grupo temático sobre participação da comunidade e controle social.

**Quadro 11** – Propostas elaboradas na VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

<b>PROPOSTAS DE ÂMBITO ESTADUAL</b>
1. Ampliar a divulgação da Cartilha dos usuários do SUS, das ações do CES/AM e sobre a aplicabilidade dos recursos destinados à saúde através de todos os meios de comunicação.
2. Garantir recursos para criação e implementação de um equipe de divulgação na mídia falada, escrita e televisionada, internet, voz comunitária, no intuito de divulgar as ações de saúde dos conselhos e controle social para a comunidade.
3. Estabelecer parcerias com os municípios para efetivar as Reuniões Itinerantes do Conselho Estadual de Saúde nos municípios do estado do Amazonas, incentivando a participação da população em geral no controle social e ampliação da divulgação dos trabalhos dos respectivos Conselhos.
4. Apoiar e estimular permanentemente os conselhos municipais a realizar as Conferências Municipais de Saúde seguindo o calendário nacional.
5. Elaborar um calendário permanente para realização de seminários, fóruns, encontros e oficinas relacionados ao SUS em todos os municípios.
6. Promover Encontros Municipais de Conselhos Locais, a serem realizados anualmente, para garantir a intersectorialidade das políticas sociais.
7. Fortalecer parcerias com os movimentos sociais, para realização de ações de educação popular em saúde.
8. Ampliar a distribuição de cartilhas explicativas sobre o SUS.
9. Confeccionar relatório trimestral das ações de fiscalização realizadas pelo Conselho e divulgação nos meios de comunicação.
<b>PROPOSTAS DE ÂMBITO NACIONAL</b>
1. Propor que o Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde regule a criação e ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da saúde.
2. Criar mecanismos para punir os gestores de saúde que não cumprirem a Resolução do CNS (Conselho Nacional de Saúde) nº 333/2003 no tocante ao estabelecimento de dotação orçamentária na respectiva LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), a estruturação no espaço físico dos recursos humanos, inviabilizando a funcionalidade dos Conselhos de Saúde.
3. Ampliar a divulgação da Cartilha dos Usuários do SUS e sobre a aplicabilidade dos recursos destinados à saúde através de todos os meios de comunicação.
4. Garantir a educação permanente e continuada dos conselheiros, trabalhadores da saúde e comunidade com a realização de: cursos, oficinas, seminários e fóruns relacionados à Política de Controle Social, considerando a intersectorialidade.

**FONTE:** Relatório Final da VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas

Podemos observar que, nas propostas deliberadas pelos conselheiros na VI COES/AM, é bem forte a ideia de uma maior divulgação não apenas do controle social, mas também dos direitos dos usuários do SUS. Por falta de conhecimento e esclarecimento muitos usuários não conseguem entender seus próprios direitos. Isso é característica de uma cidadania enfraquecida e fragilizada.

A divulgação e socialização das informações são essenciais, além de ser um direito da população, porém o que vemos ser cada vez mais divulgadas são as notícias de corrupção e desvios de recursos da saúde, bem como de outras políticas. Os

conselhos de saúde fazem parte dos órgãos fiscalizadores do orçamento da política de saúde e, portanto, devem estar comprometidos e empenhados na árdua tarefa de assegurar que o dinheiro público esteja sendo direcionado aos serviços públicos e não a contas particulares. Bravo e Matos (2007) aponta com primazia:

Para viabilizar a democratização na saúde, na direção das conquistas sociais necessárias, sugere-se o aprofundamento do controle social, visando a construção de uma esfera pública de saúde. Como enfrentamento deste desafio, cada vez maior frente ao aumento da conservadorização da sociedade civil e política, propõe-se o desenvolvimento de análises teóricas sobre a temática, bem como a realização de assessoria aos conselheiros de saúde e entidades que constituem forças potenciais de transformação nessa nova ordem política brasileira (p. 212).

A divulgação, socialização das informações, diálogos entre conselhos e a capacitação e formação continuada dos conselheiros aparecem como propostas nessa conferência, mas, mesmo após quase uma década, o que visualizamos ainda é uma grande fragilidade nessas instituições e uma extensa falta de conhecimento da sociedade brasileira acerca dos mecanismos de participação e controle social.

Com o avanço do neoliberalismo no país está mais difícil exercer a cidadania, ainda que nos moldes precários em que ela vem sendo exercida até o momento. A democracia continuou sendo debatida nessa conferência como foi na etapa municipal, mas também continua fragilizada e não podemos negar os retrocessos que ela vem sofrendo. Vários direitos têm sido retirados da população e é necessário que esta reaja, caso contrário, será ainda mais negligenciada enquanto os grupos dominantes se fortalecem e se perpetuam no poder.

### 2.2.3 VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus

Seguindo nossa análise, partimos para o relatório da VII Conferência Municipal de Saúde, realizada no período de 28 a 30 de julho de 2015 no auditório da Universidade Nilton Lins e que teve como tema central “Saúde Pública de qualidade

para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” e como objetivo principal avaliar as políticas de saúde do SUS bem como a gestão de saúde no município de Manaus, dentro das diretrizes do SUS. Ao todo, foram delimitados 8 eixos para discussão e elaboração de propostas. São eles:

- ✓ Eixo 1 – Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade;
- ✓ Eixo 2 – Participação social;
- ✓ Eixo 3 – Valorização do trabalho e da educação em saúde;
- ✓ Eixo 4 – Financiamento do SUS e relação público-privado;
- ✓ Eixo 5 – Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde;
- ✓ Eixo 6 – Informação, educação e política de comunicação do SUS;
- ✓ Eixo 7 – Ciência, tecnologia e inovação no SUS;
- ✓ Eixo 8 – Reformas democráticas e populares do Estado.

Todos os eixos apresentados para debate e discussão nessa conferência possuem sua importância com relação ao processo de efetivação da democratização da saúde e do controle social. Por ser um sistema amplo e complexo, o SUS deve ser discutido em todas as suas particularidades e amplitudes sempre visando a sua melhoria para que seja capaz de alcançar a todos os cidadãos que, por sua vez, terão maior qualidade de vida.

A VII COMUS contou com a realização da mesa redonda intitulada “A ampliação da democracia participativa na gestão das políticas públicas: SUS de qualidade, um direito de todos” que teve como palestrante o senhor José Rodrigues<sup>25</sup>. Em sua fala, ele afirma a importância do SUS enquanto grande conquista da população brasileira e como uma das políticas que mais avançou dentro dos padrões democráticos desde a sua instituição.

---

<sup>25</sup> Matemático de formação, ajudou na formulação de novas diretrizes, na questão financeira e organizacional do SUS. Teve uma atuação forte no controle social, como membro dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, membro da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), além de representar a SUSAM no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (SUSAM, 2019).

No entanto, embora o SUS tenha avançado bastante, ainda que lentamente, nesses 30 anos, tem retrocedido de maneira muito mais acelerada, por todo os lados notamos o aumento de centros populares de saúde que oferecem consultas e outros serviços médicos por preços mais acessíveis à população. Mesmo aquelas pessoas que não conseguem pagar por um plano de saúde mensal, mas possuem alguma renda acabam recorrendo a esses serviços na esperança de serem atendidos com mais viabilidade, uma vez que o acesso através do SUS para agendamento de consultas e, principalmente de exames, pode levar meses.

Todo esse cenário acentua o processo de mercantilização da saúde, tornando mercadoria um direito básico de cidadania e comprometendo a efetivação de uma política de saúde realmente democrática. Atentamos aqui para as palavras de Weffort (1992):

[...] quem admite que a consolidação da democracia está por vir deve admitir também a fragilidade das conquistas democráticas até aqui e, portanto, a possibilidade de crises e, eventualmente, de regressões. Afinal, na história da América Latina, a democracia nunca foi concebida como o único caminho para a construção das sociedades e dos Estados. As lutas democráticas dos últimos decênios, por mais fundamentais que tenham sido, dificilmente exorcizaram todos os nossos velhos demônios autoritários (p. 40).

É inegável que, na história da saúde pública brasileira e em muitos outros direitos sociais, estamos enfrentando uma crise que a cada dia se agiganta mais. Para tentar frear esse avanço neoliberal de diminuição e retirada dos direitos, a sociedade precisa estar organizada e fortalecida na busca dos interesses da coletividade. Mais à frente, a segunda palestrante, Assistente Social Arlete Anchieta da Silva, lança um alerta:

Na conjuntura atual percebemos a perda de avanços estabelecidos pelas políticas públicas, principalmente as de forte apelo social, e em consequência disso sentimos também a necessidade de qualificar a participação da sociedade

civil como sustentação da gestão democrática e controle da saúde<sup>26</sup> (Relatório Final da VII COMUS, 2015, p. 40).

A sociedade civil, embora tenha representado uma importante força no processo de redemocratização do Brasil na década de 1980, parece estar adormecida diante de tanto retrocesso. Porém, quando analisamos mais de perto, percebemos que as classes mais afetadas por essa intensificação da precarização da saúde, são justamente as classes subalternas, aquelas que, em sua maioria, não conseguem entender de forma crítica todo o mal que está sendo causado pelo desgoverno que tem tomado conta do país nos últimos anos. Por isso, a participação social não tem sido muito estimulada, pois o dia em que o povo perceber o poder que possui, será o dia em que de fato o governo terá o que temer.

Nos encontramos, portanto, em um caminho estreito, pois para que haja uma tomada de consciência é fundamental elevar o nível da educação no país para uma educação realmente crítica, que estimule o pensamento reflexivo, que desperte o gosto pela política e pela história social do Brasil. Sobre a relevância da educação, Mészáros (2008) aponta que:

[...] desde o início o papel da educação é de importância vital para romper com a internalização predominante nas escolhas políticas circunscritas à 'legitimação constitucional democrática' do Estado capitalista que defende seus próprios interesses" (p. 61).

Dessa forma, as instituições que desenvolvem o controle social assumem um papel de relevância nesse cenário. O papel de socializar o conhecimento e disseminar a informação. Os conselhos de saúde devem contribuir para conscientizar e capacitar seus conselheiros para a luta pela manutenção do SUS para que estes, por sua vez,

---

<sup>26</sup> Fala transcrita do Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus.

ajudem outras pessoas a conhecerem a história do SUS, sua importância e sua instituição enquanto direito de cidadania.

Com foco na participação social, analisaremos agora as propostas elaboradas nessa conferência para o eixo 2 que trata da participação social. No relatório Final da VII COMUS essas propostas não foram organizadas nos âmbitos municipal, estadual e nacional, portanto, o quadro 12 elenará as propostas da forma como foram apresentadas no referido relatório.

**Quadro 12** – Propostas elaboradas na VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus

<b>PROPOSTAS E DIRETRIZES APROVADAS NA VII COMUS</b>
1. Elaborar e executar plano de redução da mortalidade materno infantil no município de Manaus e região metropolitana.
2. Elaborar e executar plano de prevenção e redução da violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos no âmbito das escolas, Unidades de Saúde, entidades em geral com estabelecimento de parcerias no município de Manaus e região metropolitana.
3. Garantir à população o acesso com qualidade aos serviços de atenção básica e especializada em saúde com foco na universalidade, equidade e integralidade do atendimento, contemplando o acesso à água, segurança alimentar e nutricional.
4. Garantir que as propostas aprovadas no âmbito da conferência sejam implementadas durante o processo do Planejamento Municipal de Saúde, valorizando de fato a contribuição popular.
5. Submeter ao Conselho Municipal de Saúde, o Plano de Expansão da Estratégia Saúde da Família em pelo menos 75% de cobertura em até 90 dias após a conferência.
6. Elaborar um plano de fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde e implantação dos Conselhos Distritais ampliando o controle social dentro das Unidades de Saúde com realização mensal de pesquisa de satisfação junto aos usuários em parceria com as Instituições de Ensino Superior.

**FONTE:** Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus

Sabemos que, de certa forma, todas as propostas elaboradas em todos os eixos nas conferências estão relacionadas ao exercício do controle social, uma vez que a própria participação nas conferências e fazer parte do conselho são formas de exercer democraticamente esse controle.

No entanto, quando comparamos as propostas dessa conferência com as analisadas anteriormente (VI Conferência Municipal de Saúde de Manaus e VI Conferência Estadual de Saúde do Amazonas), observamos que, especificamente no

eixo que aborda a participação social, as propostas elaboradas aqui sofrem um distanciamento da busca central pelo fortalecimento do controle social no que diz respeito às propostas como capacitação dos conselheiros, estrutura dos conselhos, divulgação e socialização acerca do controle social junto à população, fiscalização orçamentária, entre outras.

Durante a análise, pudemos constatar que nos demais eixos discutidos na conferência, faziam-se presentes importantes propostas no âmbito da participação social, conforme podemos observar no quadro a seguir.

**Quadro 13** – Propostas acerca do controle social em outros eixos da VII COMUS

<b>Eixo 1: Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantir que o presidente do Conselho Municipal seja representante do segmento usuário.</li> <li>2. Fortalecer o Conselho Local através da consolidação da parceria com o Conselho Municipal e formação permanente, garantindo a prestação de contas e encaminhamento das demandas de saúde locais.</li> </ol>
<b>Eixo 3: Valorização do trabalho e da educação em saúde</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar os Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Rurais Ribeirinhas levando em consideração questões demográficas e geográficas, garantindo apoio logístico (transporte, alimentação, entre outros) aos Conselheiros nos dias de Reunião.</li> <li>2. Criar espaços de participação social e cogestão voltados ao fortalecimento das ações de saúde e melhoria do acolhimento aos grupos socialmente vulneráveis como: Profissionais do Sexo, Homoafetivos, Mulheres e Crianças vítimas de violência, dentre outros segmentos</li> </ol>
<b>Eixo 5: Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investir na qualificação dos Servidores, dos Conselheiros de Saúde e da Educação Popular.</li> <li>2. Implantar os Conselhos Distritais de Saúde, fortalecendo os Conselhos Locais com espaço físico para os mesmos.</li> <li>3. Dar autonomia, efetivação e deliberação nas propostas encaminhadas pelo Conselho de Saúde do Município com a participação ativa do Conselho Local de Saúde.</li> </ol>

**FONTE:** Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Manaus

Aqui temos também algumas propostas diretamente articuladas com a efetivação de um controle realmente democrático, como o fortalecimento dos conselhos locais de saúde e a criação de espaços de participação para grupos que representam determinadas parcelas da população. Além disso, durante muitos anos o cargo de presidente dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde era ocupado pelos



respectivos secretários municipal e estadual de saúde. Hoje, a eleição para esse cargo é realizada de forma democrática junto aos demais conselheiros.

Investir na qualificação dos conselheiros continua sendo uma proposta fundamental para a consolidação do controle social e ampliação da democracia. Conselheiros capacitados e conhecedores do papel democrático que os conselhos devem exercer com certeza caracterizam um passo à frente na busca pela construção de uma cidadania mais digna. Conforme afirma Machado (2012) “Busca-se, portanto, o fortalecimento de uma democracia participativa, com protagonismo das pessoas envolvidas enquanto cidadãos” (p. 41).

Ao fim do relatório constam algumas considerações feitas por conselheiros participantes da conferência. Em mais de um comentário o resultado da conferência foi considerado negativo uma vez que as zonas Oeste e Sul não conseguiram completar o número de delegados do segmento dos usuários. Levando em consideração que os usuários devem representar 50% da composição do conselho, é agravante o fato de uma conferência de saúde ter se realizado sem ter sido possível alcançar todos os conselheiros do segmento dos usuários. Para Machado (2012):

O controle social, na perspectiva das classes subalternas, aconteceria no momento em que elas ocupassem e fortalecessem os espaços de organização da sociedade civil, ao buscar construir um projeto de classe contra-hegemônico capaz de gerar mudanças sociais (p. 35).

Uma conferência sem a participação de mais da metade de um segmento se torna fragilizada, uma vez que a tendência pode ser direcionada para os interesses principalmente do governo. Os usuários, além de ser maioria, devem ser os mais interessados na busca pelas mudanças e melhorias na política de saúde, afinal de contas são eles que sentem de forma aprofundada as precariedades impostas à saúde pública brasileira.

#### 2.2.4 Democracia e Saúde: As Conferências em 2019

Tendo em vista que não tivemos acesso ao relatório final da VII Conferência Estadual de Saúde do Amazonas, realizada em 2015, daremos prosseguimento fazendo uma análise das conferências realizadas em 2019 com base nos documentos preliminares, uma vez que ainda não foram divulgados os relatórios finais das mesmas. A VIII Conferência Municipal de Saúde foi realizada nos dias 1, 2 e 3 de abril de 2019 no Centro de Convenções Vasco Vasques, já a VIII Conferência Estadual de Saúde aconteceu no período de 1 a 3 de julho de 2019 também no Centro de Convenções Vasco Vasques.

O tema designado para discussão das conferências foi “Democracia e Saúde” e pensamos que este seja um tema muito pertinente e atual que se confronta com todos os desmontes impostos ao Sistema Único de Saúde. O avanço neoliberal e, conseqüentemente, a desresponsabilização do Estado e suas incansáveis tentativas de mercantilização da saúde tem feito retroceder a frágil democracia que conquistamos junto à política pública de saúde.

O arcabouço neoliberal, que prioriza o mercado como forma de conter as crises típicas do sistema capitalista de produção, tem sido responsável pelo desmonte de direitos sociais conquistados à base de muita pressão social. A ideologia neoliberal, como sabemos, tenta inculcar em nós, enquanto sociedade, a ideia de que o desenvolvimento econômico de um país deve estar acima do desenvolvimento social, sendo necessárias medidas que afetam os direitos sociais, muitas vezes suprimindo esses direitos como meio de resolução das crises de mercado.

No entanto, precisamos estar atentos pois, conforme bem destaca Silva (2003) “[...] o princípio do mercado não demonstra que esteja em crise, uma vez que mantém a sua hegemonia frente ao Estado e à comunidade. Basta observar a mercantilização de áreas como a educação, a saúde, a religião e a proteção social” (p. 102).

Tendo a nossa frente esse panorama preocupante, entendemos que a democracia precisa mais do que nunca de aliados e, em se tratando da saúde, o SUS é um patrimônio indiscutível da sociedade brasileira, um ganho dos processos democráticos de participação e luta da sociedade. Não é algo que se pode abrir mão sem o mínimo de luta. Segundo informa Coutinho (2000):

[...] embora tanto os direitos políticos como os direitos sociais sejam importantes conquistas dos trabalhadores, podem ocorrer que – em determinadas conjunturas e em função de correlação de forças específicas – eles não explicitem plenamente o seu potencial emancipatório. Para que tal ocorra, é mais uma vez necessária a intensificação das lutas pela realização da cidadania, com o estabelecimento de correlação de forças favoráveis aos segmentos sociais efetivamente empenhados nessa realização (p. 64-65).

Para que a correlação de forças seja favorável a esses segmentos é fundamental o fortalecimento da sociedade e sua organização como forma de obter poder e representar de fato a coletividade. A luta pela saúde pública é também a luta pela democracia. Ao participar, além de lutar pela saúde, também exercemos a democracia ao mesmo passo que buscamos a ampliação de uma cidadania mais crítica e participativa. Lucas (1985) coloca que “nós aprendemos menos ouvindo do que nos exercitando e da mesma forma participamos mais questionando ativamente do que apenas assistindo ao debate” (p. 108).

As conferências e os conselhos foram instituídos enquanto espaços para esse tipo de participação, para debater, discutir, questionar, propor, elaborar, entre outros. É um espaço aberto para uma participação ativa e, mais do que nunca, necessária, a fim de que possamos manter o SUS como foi proposto, gratuito e universal.

Por isso é tão importante o controle social pois, se não houvesse esse tipo de controle democrático, é provável que o Sistema Único de Saúde já tivesse sido completamente desfeito, pois conforme situa Machado (2012), o controle social é a “atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas” (p. 57).

Com todas as suas fragilidades, o SUS ainda representa a única forma de acesso à saúde para a maioria da população brasileira e, independente de classes sociais, todos podem usar o SUS. No entanto, são as classes subalternas que mais necessitam de assistência gratuita à saúde, não como um favor, mas como um direito de fato, pois não devemos esquecer que toda e qualquer política pública é uma forma

de retorno à sociedade, por parte do governo, de toda a riqueza socialmente produzida pela classe trabalhadora.

Portanto, partimos da constatação de que a discussão e o diálogo entre democracia e saúde são altamente necessários como forma de resistência a todas as investidas do governo na política de saúde. Analisaremos agora as diretrizes e propostas aprovadas na VIII Conferência Municipal de Saúde de Manaus e VIII Conferência Estadual de Saúde do Amazonas que dizem respeito ao fortalecimento e efetivação do controle social na política de saúde do Amazonas. Vale ressaltar que, em ambas as conferências, o controle social encontrou lugar nas discussões realizadas no tema central do evento, conforme podemos visualizar no quadro 14.

**Quadro 14 – Diretrizes e Propostas da VIII COMUS e VIII COES do Amazonas**

<b>VIII Conferência Municipal de Saúde de Manaus</b>	
Tema Central: “Democracia e Saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”	
<b>Diretriz aprovada</b>	Qualificar o controle social na elaboração, controle e fiscalização de políticas públicas de saúde, visando o estabelecimento de ações intersetoriais que garantam o cumprimento da Constituição Federal, assegurando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, fortalecendo a descentralização do recurso financeiro para o nível municipal.
<b>Propostas aprovadas</b>	Assegurar o controle social como importante mecanismo deliberativo cumprindo a Constituição Federal de acordo com a Lei 8.142/90, referente aos Conselhos e Conferências para intensificar o fortalecimento destes, visto que representam a população usuária do SUS, independente de decisões político-partidária.
	Exigir a revogação da EC 95/2016 para assegurar a ampliação do acesso e garantir o repasse dos recursos de assistência do Sistema Único de Saúde conforme a Constituição de 1988.
	Assegurar o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, bem como dos seus mecanismos de participação popular e financiamento correspondente às demandas de saúde conforme disposto na Constituição Federal de 1988.
	Garantir recursos financeiros para infraestrutura de informática e conectividade para as unidades básicas de saúde para registro, transmissão e segurança de informações e gestão das ações e serviços de saúde ofertados.
	Implementar a Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do município de Manaus com avaliação periódica anual com ênfase na saúde mental
<b>VIII Conferência Estadual de Saúde do Amazonas</b>	
Tema Central: “Democracia e Saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”	
<b>Diretriz aprovada</b>	Fortalecer e qualificar a participação do controle social garantindo a transparência, a moralidade na gestão pública e o estabelecimento de ações intersetoriais que cumpram os direitos constitucionais.
<b>Propostas aprovadas</b>	Assegurar o controle social como importante mecanismo deliberativo cumprindo a Constituição Federal de acordo com a Lei 8.142/90, referente

	aos Conselhos e Conferências para intensificar o fortalecimento destes, visto que representam a população usuária do SUS, independente de decisões político-partidária.
	Assegurar o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, bem como dos seus mecanismos de participação popular e financiamento correspondente às demandas de saúde conforme disposto na Constituição Federal de 1988.
	Formular e executar políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de doenças e outros agravos.
	Incentivar ações que estabeleçam condições que assegurem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde brasileiro.
	Reafirmar a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, buscando a integração dos outros níveis de atenção.

**FONTE** – Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde, 2019  
Secretaria de Estado de Saúde, 2019

O controle social tem se feito presente em todas as discussões das conferências analisadas nesta pesquisa, como era de se esperar, uma vez que estas, juntamente com os conselhos de saúde, são órgãos deliberativos do controle social. Embora a discussão esteja presente, o controle social tem caminhado a passos lentos e não muito espaçados. Isso, podemos supor, é consequência da investida neoliberal agressiva do Estado, imposta pelo capitalismo, bem como da busca por interesses particulares que permeia esses espaços. Teixeira (2012) faz a seguinte afirmação:

O aprofundamento da democracia, nos seus limites por dentro do capitalismo, passa necessariamente por tensionamentos entre classes sociais e sua radicalização exige colocar-se contra esse modo de sociabilidade. Nos marcos do capitalismo, a luta pela democracia passa pela luta de existência de meios políticos e financeiros para as políticas públicas, bem como pelo direito dos cidadãos de participar como sujeitos na vida político-econômica do Estado (p. 197).

Aprofundar a democracia representa também o aprofundamento do controle social e um controle realmente democrático, por sua vez, contribui para a construção de uma consciência cidadã mais crítica. Refletindo sobre a fala da autora acerca dos meios financeiros para as políticas públicas, é importante registrarmos aqui a discussão que se fez presente nessas conferências acerca do financiamento do SUS e, principalmente,

sobre a EC 95/2016 que congelou os investimentos em saúde e outras políticas públicas pelo período de 20 anos.

Na VIII Conferência Municipal de Saúde, como mostra o quadro 14, a proposta de revogação dessa emenda foi apresentada nas discussões do tema central. Na VIII Conferência Estadual de Saúde, ela foi proposta durante as discussões do Eixo III “Financiamento adequado e suficiente para o SUS” tendo sido redigida da seguinte forma: “Revogação da EC 95/2016. Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036”. É muito relevante aqui atentarmos para as palavras de Salvador (2012, b):

No capitalismo ocorre uma disputa na sociedade por recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal. O orçamento público é um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade buscando inserir seus interesses. Os interesses dentro do Estado capitalista são privados e, a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro (p. 123).

O debate a respeito do fundo público, dos recursos destinados à política de saúde são de extrema relevância para a sociedade em geral e obrigatório nos espaços das conferências e dos conselhos. A EC 95/2016 é uma derrota para os direitos sociais, enquanto os três poderes – judiciário, executivo e legislativo – contam com privilégios em demasia, as políticas públicas sofrem esses tipos de cortes em seus já escassos recursos, tornando-se cada vez mais precárias e deixando a população à margem, sem um atendimento digno e de qualidade.

Estudar o orçamento público para a saúde, debater sobre ele, propor a sua aplicação em políticas, programas e projetos, fiscalizar e aprovar essa aplicação, tudo isso constitui competências dos conselhos de saúde e deve fazer parte do cotidiano daqueles que estão à frente dessas instituições. Como bem explicou o autor, assim como os conselhos e as conferências, o orçamento público também é um espaço de lutas e aqui, nesse ponto, sabemos que ocorre uma das lutas mais acirradas do Estado.

Diante de tantos escândalos envolvendo desvios de verbas e recursos públicos para bolsos e interesses particulares, o orçamento público precisa indiscutivelmente de uma fiscalização tão acirrada quanto a disputa pelo mesmo. Como principais interessados e defensores que devem ser do SUS, é importante que os usuários de forma geral, mas principalmente os conselheiros de saúde que representam esse segmento, se empoderem e busquem se inteirar desse assunto para que possam ter oportunidades de realmente se fazer ouvir para que não fique apenas nas mãos da representação governamental.

Sabemos, porém, que isso também é mais um desafio para o controle social na saúde, o orçamento público é um assunto complexo e demanda um pouco mais do que algumas palestras para que seja compreendido de forma clara. Contudo, é importante que a sua discussão continue na agenda das conferências e dos conselhos de saúde, pois cada debate certamente pode contribuir para um maior esclarecimento sobre a temática. Discutir o orçamento público na saúde é discutir democracia, representa seu aprofundamento, sua ampliação e, principalmente, sua democratização.

### **2.3 Particularidades do controle social no Amazonas: a judicialização da saúde e gestão democrática**

No estado do Amazonas, a política de saúde tem sido alvo constante de escândalos que envolvem esquemas de corrupção e desvio de recursos destinados à ela. Iniciada em 2015, a investigação do Ministério Público Federal deu origem a um inquérito policial para apurar suspeitas de desvios de recursos da saúde por organizações criminosas.

Batizada de Operação Maus Caminhos em sua 1ª fase, desde então essa investigação já conta com 5 fases (Operação Custo Político, Operação Estado de Emergência, Operação Cashback e Operação Vertex) que resultou na apreensão de bens móveis e imóveis dos envolvidos, bem como várias prisões, entre elas a de um ex-governador do estado e um montante de mais de 140 milhões de reais desviados do SUS no Amazonas.

Partindo da investigação da Polícia Federal, amplamente divulgada pela mídia local e nacional, conforme podemos observar nas figuras 8 e 9, já então notamos a fragilidade com que vem se desenvolvendo o controle social na saúde em âmbito estadual e municipal.

Uma vez que uma das competências dos conselhos de saúde é aprovar e fiscalizar o orçamento público para a saúde, é intrigante como um esquema de desvios desses recursos tão grandiosamente articulado tenha ocorrido durante tantos anos sem uma denúncia anterior.

**Figura 8** - Notícia no portal do Jornal A Crítica



**FONTE:** Pesquisa documental, 2019.

**Figura 9** - Notícia do Portal Diário do Amazonas



**FONTE:** Pesquisa documental, 2019.



Em se tratando especificamente dos conselhos de saúde, também em maio de 2016, o Ministério Público do Estado do Amazonas recebeu do Ministério Público Federal uma denúncia formulada pelo Instituto Amazônico da Cidadania – IACI contendo os seguintes pedidos<sup>27</sup>: 1) apuração do nível de terceirização do SUS no estado do Amazonas; 2) auditoria independente no campo financeiro e prestação de serviços aos usuários, pelo SUS; 3) responsabilização dos gestores do Estado e Município pela má gestão da saúde pública; 4) assegurar que os conselhos estaduais e municipais estejam cumprindo o pleno papel do controle social, conforme estabelece a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Segundo a Ação Civil Pública, o noticiante elencou diversos problemas, tais como:

Que quanto aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde o declarante indica a omissão dos membros em efetivamente fiscalizar as atividades que são implantadas; Que os contratos firmados com a Empresa envolvida na Operação Maus Caminhos passou pelo Conselho Estadual o qual deveria ter fiscalizado a sua celebração e execução; Que, à época da denúncia, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, era também Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde, que sua esposa é diretora do CAIMI Ada Viana, onde exerce cargo comissionado; que esse vínculo gera conflito de interesse entre o trabalho de Presidente e Vice-Presidente que o mesmo exerce; Que o declarante vem observando que vários conselheiros se eternizam nos cargos; Que a comunidade não é consultada para indicar um membro; Que há uma prática no Conselho de um membro se candidatar alternando instituições para permanecer no mesmo cargo; Que numa eleição o Conselheiro representa a comunidade de uma zona e na outra eleição pula para representação de outra zona e assim vai permanecendo no Conselho; Que os Conselheiros viajam para participar de plenárias e cursos em outros Estados e nem sempre apresentam relatórios para repassar informações; que nada é cobrado dos Conselheiros nesse sentido; Que, à época da denúncia, o então atual Presidente do Conselho Estadual concorreu pela primeira vez para ser conselheiro no período de 2009/2010; Que nessa ocasião era desempregado e que atualmente apresenta um patrimônio incompatível com os ganhos; que o mesmo era funcionários da SEMOSB e que não sabe se esse vínculo permanece; Que tomou conhecimento que o relatório quadrimestral apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde está sendo encaminhado à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa sem a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, que suspeita também que esta prática está ocorrendo no âmbito Municipal (AÇÃO CIVIL PÚBLICA, MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO AMAZONAS, p. 2-3, 2018).

---

<sup>27</sup> Informações retiradas da Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público do Estado do Amazonas.

Diante desse cenário, vamos constatando que a breve história do controle social no Amazonas, em seus mais de 20 anos de existência, não tem respondido de forma satisfatória aos princípios democráticos propostos pela Carta Magna e pelas leis complementares da saúde, já que não estava havendo a participação de forma democrática de cada um dos segmentos que compõem os conselhos. Partindo do pressuposto de que o controle social representa o exercício da democracia, concordamos com Coutinho (2000) quando diz que “[...] a democracia é concebida como a construção coletiva do espaço público, como a plena participação consciente de todos na gestão e no controle da esfera pública” (p. 50).

Quanto ao CMS, em entrevista à pessoa responsável pela 58ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos à Saúde Pública – PRODHSP e incumbida do processo de intervenção do Ministério Público do Estado do Amazonas junto aos conselhos de saúde, a mesma afirma que:

No conselho municipal de saúde a gente tinha também essa questão do nepotismo, o monopólio de cargos, isso tinha em ambos, no conselho municipal e no conselho estadual foi definida uma ocupação de cargo para entidades sociais permanentes, então não precisava nem ter eleição, bastava que o presidente naquele entidade indicasse a pessoa, e como ele que indicava, ele também tirava a pessoa quando essa pessoa, esse conselheiro não fazia algo que ele concordava e, tipo, se ele recebesse uma reclamação de um gestor, ele tirava aquele membro de lá. Tinha uma indicação também de membros que eram donos de empresas que contratavam ou com a SUSAM ou com a SEMSA e ele era um alto fiscal então né, membros que tinham patrimônio incompatível com o cargo porque o cargo não é remunerado e essa pessoa nunca teve nenhum trabalho formal nem informal, só trabalhava dentro do conselho, então realmente era uma situação muito séria (Pesquisa de Campo, 2019).

A intervenção do Ministério Público se fez mais que necessária, na tentativa de que o controle social seja desenvolvido nos princípios democráticos aos quais faz *jus*. De acordo com a responsável, “o controle social se desenvolveu em nível de Brasil de acordo com o que os gestores deixaram aquele controle crescer”, ou seja, com a mínima participação dos usuários de forma efetiva. Sem eleição democrática e com conselheiros indicados em todos os segmentos, a tendência é que os conselhos

estivessem priorizando interesses particulares enquanto os coletivos permaneciam à margem dessas instituições. Conforme bem aponta a promotora:

Para nenhum gestor é interessante que o controle social cresça, porque você está criando um fiscalizador, um fiscal dentro do seu trabalho, que o controle social não tem só essa função de participar ou homologar determinados assuntos, na verdade se você homologa, antes disso você fiscaliza, você avalia, você diz que sim, você diz que não e para nenhum gestor é interessante ter um fiscal desse porte, com olhos tão vivos e para isso ele precisa ter conhecimento, que é um outro problema dentro do conselho, que é a falta de capacitação e de preparação da sociedade em geral para se ver representada dentro desse conselho, em especial da saúde, porque tu lida com orçamentos complexos, e eles ficam nas mãos dos gestores porque todo o corpo técnico dos conselhos é o próprio corpo técnico do gestor, então ele só vai repassar, e ele só vai mostrar o que lhe é conveniente (Pesquisa de Campo, 2019).

No decorrer desse trabalho temos enfatizando o quanto o direito à participação representa uma conquista de baixo para cima, da classe trabalhadora, da forma como a democracia e a cidadania não foram ofertadas pelo Estado de boa vontade, mas foram resultados das lutas e organização da sociedade. Em decorrência da forma como a democracia, a cidadania e, conseqüentemente, o controle social se desenvolvem no Brasil, o Estado não tem interesse realmente em ser fiscalizado e, principalmente por isso, é que a sociedade precisa se organizar e se empenhar para estar envolvida nas decisões políticas do Estado.

Sem fiscalização, o Estado fica mais livre para tomar decisões que beneficiem o mercado e os interesses neoliberais. Sem fiscalização, a democracia fica ainda mais ameaçada pois, segundo nos diz Chauí (2006) “uma sociedade democrática (é tão óbvio!) supõe que as funções de decisão e direção não são propriedade exclusiva de um grupo nem de uma classe” (p. 215). Sem fiscalização e sem participação nossa sociedade retrocede no exercício democrático e cidadão, deixando todas as decisões nas mãos do Estado.

Uma das principais dificuldades para o exercício da participação de forma esclarecida e consciente, como aponta a promotora, é a falta de conhecimento da

sociedade. Sendo o SUS um sistema complexo, para aqueles que não possuem conhecimento aprofundado o controle social acaba ficando reduzido à fiscalização dos serviços de saúde, quando na verdade vai muito além disso, envolve a participação na elaboração e implementação de políticas, programas e projetos na área da saúde, bem como aprovação e fiscalização do orçamento e sua aplicação na garantia de melhoria e ampliação dos serviços de saúde oferecidos à população.

A ocupação dos conselhos é um fator de grande importância, pois são os conselheiros que dão vida ao controle social, são essas pessoas que possuem a responsabilidade de garantir que as atividades e decisões dos conselhos estejam sempre voltadas para o bem comum, para os interesses coletivos. A intervenção do MPE junto aos conselhos em Manaus aponta que a ocupação dos conselhos não estava se dando de forma democrática, sendo realizada através de indicações e não por meio de eleições, além disso, a investigação também girou em torno dos interesses que essas pessoas possuem em ocupar esses cargos, conforme a promotoria destaca:

Essa ocupação, como ela não é remunerada, a regra é de que ela não despertasse interesse porque você trabalha, e muito, sem remuneração, ou deve trabalhar muito sem remuneração, que é proibido por lei. Pois bem, mas há uma disputa muito acirrada para a ocupação desses cargos, porque na verdade você ganha muitos favores, e o que se descobriu? Parentes dos conselheiros são içados para cargos em comissão, função de confiança. Empresas ligadas ao conselheiro também ganham contratos, então tem todo tipo de moeda de troca. E aqueles que, com o passar dos anos, mas dominavam o conhecimento acabaram por dominar todo o serviço. Então o conselho tinha um grupo fixo, o conselho municipal e o conselho estadual, que em um e outro era o mesmo grupo e em um e outro estava há quase 20 anos no controle, na “cabeça” do conselho e os outros, os mais técnicos que tentavam entrar não conseguiam ter abertura nem receber processo para relatar nem investigar. Nós verificamos até o uso de carros, o CMS tem carro exclusivo, só que esse carro exclusivo era uma briga porque era assim: vai buscar minha filha no aeroporto, vai levar meu filho para a escola, não, esse carro só poder usado por esse grupo aqui, que era o grupo da cabeça e por aí vai. Então, começa com uma ocupação permanente de cargos, que cria uma estabilidade para qualquer gestor, pois não vai ter a fiscalização devida... (Pesquisa de Campo, 2019).

Não podemos deixar de destacar a gravidade da situação descrita acima, embora os conselhos sejam arenas de conflitos, nas quais há todo tipo de interesses que são apresentados para discussão, a partir do momento em que passa a existir e predominar esse tipo de dinâmica dentro dessas instituições, todo o caráter democrático que deveria haver se desfaz.

Infelizmente, no nosso país, ainda não há uma consciência política na população que desperte nesta o interesse em participar em nome do coletivo, ainda há em nós um pensamento muito individualista, o que faz com que tal interesse em ocupar e permanecer nesses espaços seja muito fraco ou inexistente. Temos, ainda, uma ideia muito fraca de cidadania enquanto estar envolvido na vida política do Estado, ir além do voto, participar na tomada de decisões, ocupar os espaços públicos, de fato ser visto, ouvido e levado em consideração pelo Estado.

Vale ressaltar que, segundo a promotoria, antes de 2016 já haviam sido realizadas diversas outras denúncias acerca das irregularidades que vinham se perpetuando dentro dos conselhos. Segundo a mesma, o motivo pelo qual apenas a partir da denúncia realizada em 2016, o MPE iniciou os processos de investigações deve-se ao fato da reorganização e de uma nova forma de atuação do próprio Ministério Público do Estado, no qual as promotorias foram especializadas para trabalharem com determinadas áreas. A 58ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos à Saúde Pública trata dos assuntos coletivos referentes à saúde pública no estado do Amazonas.

Para a promotoria responsável, essa nova forma de atuação do MPE permitiu que a instituição tivesse um olhar mais apurado para as denúncias relativas aos conselhos, não apenas no que diz respeito à corrupção, mas também às questões antidemocráticas que estavam sendo denunciadas e à forma como essas irregularidades afetam o funcionamento dos serviços de saúde.

Dessa forma, podemos afirmar que, segundo a entrevista concedida, desde a sua instituição em Manaus, os conselhos possuíam composição de forma irregular e não cumpriam suas funções dentro dos princípios democráticos a que deveriam estar arraigados. Uma vez que os cargos ocupados eram decorrentes de ocupações

privativas e o aspecto coletivo não era observado pelos conselheiros na tomada de decisões, fazendo predominar os interesses individuais em detrimento dos coletivos. Segundo ela, os conselhos eram “pró-forma, ou seja, cumprimento de obrigação legal porque se a secretaria de saúde estadual e municipal não tiver conselho pode ter bloqueio de verbas, então para elas não é bom não ter um conselho” (Pesquisa de Campo, 2019).

Ora, nessa postura fica fácil compreender que os conselhos então estavam sob domínio do grande gestor, ou seja, do Estado, pois embora diferentes representantes dos três segmentos dos conselhos estivessem envolvidos nesses processos contrários à democracia, o maior segmento, porém mais fraco, dos usuários era o que mais ficava à margem de toda essa situação. Queremos dizer com isso que não havia de fato uma participação popular e, conseqüentemente, durante todo esse tempo, não houve fortalecimento do controle social. Podemos citar Teixeira (2012) quando a autora diz que:

[...] o Estado, especialmente mediante formas institucionais de democracia representativa, avessas ou não à participação popular, contribui em grande escala para acentuar a concentração de poder político e econômico da classe burguesa (p. 182).

Como dito pela promotora, não interessa ao Estado possuir mais um agente fiscalizador das suas ações e, por isso mesmo, devemos nós, enquanto sociedade, estar interessada nesse envolvimento social. Quanto mais fiscalização e participação efetiva, menos chances para o Estado continuar agindo em prol do mercado, privilegiando ainda mais as classes dominantes e respondendo aos interesses do capital enquanto as políticas sociais são profundamente precarizadas e a população padece com a falta de serviços de qualidade. De acordo com a promotora, podemos relacionar a situação atual da saúde em Manaus não apenas, mas também com a atuação dos conselhos nas últimas décadas. Nas palavras da promotora:

Há uma omissão muito grande dos conselhos decorrente de vários fatores já apontados e que era uma omissão que permitia que essas coisas acontecessem... Não é que eles tenham o poder de evitar, mas efetivamente eles acabam tendo uma parcela muito grande de culpa (Pesquisa de Campo, 2019).

Como órgãos fiscalizadores que são e, embora não sejam capazes de conter essa onda de corrupção que assola o país, os conselhos precisam estar atentos para que não sejam omissos e passivos à corrupção. São nesses espaços que a experiência democrática brasileira tem se realizado (ou deveria estar se realizando) e é essencial garantir a sua existência enquanto espaço democrático de exercício da cidadania.

Todo esse cenário de intervenção ministerial nos conselhos aponta para um controle social debilitado que ainda está longe de ser concretizado da forma como foi proposto na Constituição de 1988. Segundo a promotora, há uma disputa muito acirrada pela ocupação dos cargos de conselheiros de saúde, pois existem muitas relações de poder em xeque nesses espaços. Para que haja um controle social de fato democrático, ela aponta que:

É necessário que haja a transparência dos atos dos conselhos, que hoje só é publicada uma ata e que tenha na página os votos que eles dão. Porque cada contrato [relacionado à política de saúde] passa lá, cada planejamento passa lá, tem sempre um relator e aí eu pedi deles que eles refizessem essa dinâmica de trabalho lá dentro porque a relatoria precisa ser distribuída aleatoriamente e havia sempre um mesmo relator, geralmente alguém da “cabeça”, que não dá acesso aos demais e muitas vezes o cidadão vai para uma sessão votar em uma questão que ele não tem conhecimento. Então eu solicitei que todos os processos administrativos lá dentro, qualquer um, fossem abertos a todos e que todos os relatórios, pareceres de viagens sejam publicados na página. Então eu acho que a transparência é boa para o conselho e para todos os órgãos públicos, que é uma forma de todos controlarem o conselho, porque o conselho em tese controla o gestor da saúde, mas quem controla o conselho? Todos devem controlar, mas ele então precisa ter os atos dele publicados, que eles não têm. Além disso foi estipulado também que haja alternância de poder, limitação de mandato, declaração de bens dos conselheiros porque é um cargo público e nenhum deles fazia (Pesquisa de Campo, 2019).

Nos dias atuais presenciamos um governo que preza cada vez mais pela não transparência dos atos governamentais e sabemos que essa é uma postura totalmente antidemocrática. Todas as ações do governo devem ser justificadas à população em geral, pois nenhuma delas seria possível sem os recursos financeiros que são arrecadados a partir das contribuições e coleta de impostos da classe trabalhadora. As políticas sociais constituem um retorno à sociedade, por parte do Estado, de toda a riqueza social produzida (ALMEIDA e ALENCAR, 2011) e, portanto, devem ser asseguradas e oferecidas de forma digna.

Os conselhos, por sua vez, são instituições de interesse público e, como tais, devem ser transparentes em todas as suas ações. Além da transparência, é preciso capacitar os conselheiros e socializar as informações e o conhecimento para que essas pessoas estejam aptas a cumprir as suas competências. Estamos longe de uma democracia concreta, mas precisamos continuar lutando em busca do seu exercício e da sua ampliação porque, quanto mais democrática uma sociedade se constituir, maiores as chances de melhorias e de garantia do direito à saúde.

Com a primeira eleição realmente democrática realizada no CMS em 2018 e no CES em 2019, na qual todos os candidatos dos segmentos dos trabalhadores e usuários da saúde foram inscritos e votados e não apenas indicados, tem início uma nova trajetória na história dos conselhos em Manaus<sup>28</sup>. Levamos em consideração a importância do controle social e sua efetivação para a saúde pública enquanto instituição planejadora, executora e fiscalizadora dessa política.

Concluimos esse capítulo afirmando a importância da intervenção do Ministério Público no âmbito dos conselhos em Manaus como forma de assegurar a sua composição através de eleições, bem como buscar garantir que as suas competências e atribuições estejam sendo desenvolvidas através de processos democráticos, respeitando, portanto, os princípios constitucionais e da legislação específica da política pública de saúde brasileira, pois como bem assinala Dallari (1999) “se estiverem sendo

---

<sup>28</sup> É importante ressaltar que o segmento dos gestores da saúde continua a ter suas cadeiras ocupadas através de indicação tanto no Conselho Municipal de Saúde de Manaus quanto no Conselho Estadual de Saúde do Amazonas o que, a nosso ver, é um fator que aprofunda a fragilidade do controle democrático.



adotados processos de decisão política que não asseguram a prioridade dos interesses comuns, é preciso trabalhar pela mudança de tais processos” (p. 88).

## CAPÍTULO III

### OS PERCURSOS DA PARTICIPAÇÃO: COOPERAÇÃO E LUTA

*“Os amores na mente  
As flores no chão  
A certeza na frente  
A história na mão  
Caminhando e cantando  
E seguindo a canção  
Aprendendo e ensinando  
Uma nova lição.”  
Geraldo Vandré*

#### **Considerações iniciais**

Os conselhos de saúde foram implementados com a proposta democrática de efetivação do controle social. Trazer a sociedade para dentro desses espaços e contribuir para a formação de novos sujeitos coletivos é um dos papéis mais relevantes dessas instituições.

Para que os conselhos sejam capazes de alcançar tais propósitos, é necessário que seus conselheiros estejam preparados e capacitados para se lançarem ao desafio que tem sido desde sempre a construção de uma sociedade coletiva em luta não apenas pela saúde pública, mas pela manutenção e ampliação dos direitos sociais.

Democratizar a saúde e efetivar o controle social não tem sido tarefa fácil. Em uma sociedade individualista e ainda tão enfraquecida no que tange ao exercício da cidadania, construir e disseminar o pensamento coletivo é um trabalho árduo e lento. A responsabilidade dos conselhos aumenta ao analisarmos o papel educativo que esses instrumentos possuem para a formação de sujeitos críticos que estejam aptos para o enfrentamento das imposições trazidas pelo Estado neoliberal.

Vimos no capítulo 2 que os conselhos de saúde no Amazonas passaram por dificuldades que levaram à intervenção do Ministério Público a fim de que fossem reorganizados de forma mais democrática. Se, ao longo de quase 30 anos essas instituições não estavam cumprindo seu papel democrático, isso significa que foram 3

décadas perdidas no que diz respeito ao avanço da democratização da saúde brasileira e coloca um peso maior na importância que os sujeitos, conselheiros de saúde, possuem frente ao compromisso com a ampliação da democracia.

Neste capítulo buscamos conhecer quem são os conselheiros de saúde que atualmente estão à frente do Conselho Municipal de Saúde de Manaus e do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, até os limites que o tempo e as dificuldades peculiares a qualquer processo investigativo nos permitiu chegar.

Ao longo do capítulo, além de conhecer um pouco dessas pessoas, analisaremos também a dinâmica e o funcionamento dessas instituições, a realidade apreendida por esses sujeitos acerca da participação e gestão democrática, assim como os limites, as dificuldades e os avanços enfrentados no caminho trilhado pelos conselhos de saúde.

### **3.1 Participação Cidadã e Saúde: conhecendo os conselheiros de saúde**

Os caminhos da pesquisa se caracterizam muitas vezes pelas surpresas e entraves que nos aguardam a cada passo em direção ao conhecimento. Não é tarefa fácil vencer os desafios e dificuldades que se apresentam ao longo de tal trajetória. Portanto, nos apoiando na célebre frase de Gramsci, optamos por deixar o pessimismo da razão de lado e avançar com o otimismo da vontade na busca pelos resultados que serão aqui apresentados.

Pesquisar os processos democráticos de participação social hoje é crucial para o conhecimento e manutenção da democracia que vivenciamos, ainda que com limites. Nossa política pública de saúde, como vimos, sofreu grandes baixas que fragilizam princípios básicos defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e assegurados pela legislação brasileira, como integralidade e universalidade. Junte-se a isso os cortes no orçamento dedicado à saúde, o que caracteriza um processo antidemocrático, uma vez que restringe ainda mais o acesso ao qual todos os cidadãos têm direito, qual seja, o acesso à política de saúde.

Os conselhos de saúde, *locus* desta pesquisa, são espaços de participação e luta, que devem ter como prioridade ações que viabilizem melhorias na garantia e no acesso da população aos serviços de saúde. Sabemos, no entanto, que os conselhos, embora possuam grande importância, não são entidades super poderosas, capazes de frear ou impedir de forma efetiva os desmontes impostos à política de saúde. Para Ferraz (2006), os conselhos “não devem ser tomados como uma instância privilegiada, mas compõem o conjunto de instituições, arenas, experiências e práticas com as quais a experiência democrática brasileira tem se realizado” (p. 71).

Assim sendo, nosso *locus*, constituído pelo Conselho Municipal de Saúde de Manaus e pelo Conselho Estadual de Saúde do Amazonas se apresentam enquanto instituições democráticas de participação social e exercício da democracia. Entretanto, durante nossa abordagem junto à essas instâncias, bem como aos membros que as compõem, algumas dificuldades foram encontradas, principalmente na tentativa de estabelecer contato com todos os conselheiros de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde possui 28 conselheiros eleitos com seus respectivos suplentes. Já o Conselho Estadual de Saúde, até a finalização da coleta de dados, contava com 10 conselheiros eleitos e com uma eleição suplementar agendada para o dia 18 de dezembro de 2019. Essa situação do Conselho Estadual de Saúde se deu em decorrência da intervenção do Ministério Público, conforme discutido no capítulo 2. Este conselho, portanto, teve suas atividades paralisadas e sua composição dissolvida a contar do mês de dezembro de 2018 até novas eleições terem sido realizadas de forma democrática.

Para esta pesquisa, nos propomos a entrevistar 100% dos conselheiros municipais de saúde que fazem parte do CMS e 100% dos conselheiros estaduais que compõem o CES. No entanto, muitos percalços foram encontrados no decorrer da pesquisa, a começar pela própria composição dos conselhos que, juntas somavam 38 conselheiros de saúde eleitos, municipais e estaduais na cidade de Manaus, tendo em vista que o CES ainda não se encontrava com uma composição completa.

Reiteramos aqui as dificuldades encontradas com relação à realização das entrevistas junto aos conselheiros de saúde, havendo resistência por parte de alguns e

recusas propriamente ditas por parte de outros. Além disso, muitos conselheiros preferiram responder ao formulário por e-mail, não havendo, porém, retorno dos mesmos. Dessa forma, no decorrer da coleta de dados, foi possível realizar o total de 20 entrevistas, conforme explicitado na tabela a seguir:

**Tabela 1** – Quantitativo de conselheiros de saúde entrevistados

<b>Conselho Municipal de Saúde de Manaus</b>								
<b>Gestor</b>			<b>Trabalhador</b>			<b>Usuário</b>		
<b>Universo</b>	<b>Amostra</b>	<b>%</b>	<b>Universo</b>	<b>Amostra</b>	<b>%</b>	<b>Universo</b>	<b>Amostra</b>	<b>%</b>
<b>06</b>	<b>03</b>	<b>50%</b>	<b>07</b>	<b>04</b>	<b>57%</b>	<b>15</b>	<b>08</b>	<b>53%</b>
<b>Total da amostra: 15 (~54%)</b>								
<b>Conselho Estadual de Saúde do Amazonas</b>								
<b>Gestor</b>			<b>Trabalhador</b>			<b>Usuário</b>		
<b>Universo</b>	<b>Amostra</b>	<b>%</b>	<b>Universo</b>	<b>Amostra</b>	<b>%</b>	<b>Universo</b>	<b>Amostra</b>	<b>%</b>
<b>04</b>	<b>00</b>	<b>00%</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>100%</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>67%</b>
<b>Total da amostra: 05 (50%)</b>								

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Nesta pesquisa, 75% (15) dos conselheiros entrevistados fazem parte do CMS e 25% (05) compõem o CES. Esse número se deu em decorrência da composição incompleta de ambos conselhos. No CMS, de um total de 32 cadeiras, 28 encontravam-se preenchidas, enquanto no CES, que possui composição formada por 16 cadeiras, apenas 10 haviam sido ocupadas, sendo as outras 06 previstas para serem ocupadas na eleição suplementar programada para ser realizada no dia 18 de dezembro de 2019.

Foi observada uma grande dificuldade em se estabelecer contato e despertar em alguns conselheiros o interesse em participar da pesquisa. De fato, com relação ao CMS, dos 28 conselheiros titulares, apenas 15 aceitaram participar da pesquisa, enquanto 01 (um) conselheiro municipal não foi localizado, 06 recusaram-se a participar da pesquisa e 06 não nos deram retorno quanto à possibilidade de participarem da pesquisa.

Quanto ao CES, dos 10 conselheiros eleitos, apenas 05 aceitaram participar, havendo 02 recusas e 03 que, assim como no Conselho Municipal de Saúde, não nos deram retorno quanto à possibilidade de participar.

É natural nos depararmos com tais dificuldades no decorrer de toda pesquisa, no entanto, quando levamos em consideração a relevância da temática estudada, bem como a importância da função desenvolvida por essas pessoas, uma função de interesse público, pensamos que seja preocupante a recusa e o pouco interesse de envolvimento.

Ouvimos como principais justificativas para a recusa em participar da pesquisa o fato de se estar apenas ocupando a cadeira para garantir a vaga da entidade, não estar participando ativamente, embora seja membro titular ou mesmo não ter tempo disponível para responder às perguntas da entrevista. No entanto, ao desenvolver a função de conselheiro de saúde, o sujeito atua enquanto representante dos interesses da sociedade e, como tal, é primordial oferecer um retorno das atividades ali desenvolvidas e participar de pesquisas como esta pode ser um dos meios para que haja esse retorno, socializando informação e conhecimento.

Para conhecermos um pouco desses sujeitos, o quadro 15 apresenta as entidades representativas que tiveram voz nesta pesquisa.

**Quadro 15** – Entidades representativas que participaram da pesquisa

<b>Conselho Municipal de Saúde de Manaus</b>
<b>Segmento: Gestor</b>
Secretaria Municipal de Saúde (Rede de Urgência e Emergência)
Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária)
Ministério da Saúde
<b>Segmento: Profissional da saúde</b>
Sindicato dos Fiscais de Saúde de Manaus
Sindicato dos Farmacêuticos
Sindicato dos Trabalhadores da Saúde
Associação Brasileira de Enfermagem
<b>Segmento: Usuário</b>
Centro Social e Educacional Lago do Aleixo
Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno
Associação de Deficientes Físicos do Amazonas
Movimento Nação Mestiça
Associação dos Moradores da Compensa
Associação Unidos em Prol da Comunidade Lagoa Verde
Associação dos Hemofílicos do Estado do Amazonas
Associação dos Moradores da Comunidade Mundo Novo
<b>Conselho Estadual de Saúde do Amazonas</b>
<b>Segmento: Profissional da Saúde</b>
Conselho Regional de Farmácia do Amazonas
Conselho Regional de Enfermagem

Conselho Regional de Odontologia
<b>Segmento: Usuário</b>
Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno
Associação dos Moradores da Compensa

**FONTE:** Pesquisa de Campos, 2019.

A composição paritária dos conselhos garante que 50% dos seus integrantes sejam representantes do segmento dos usuários do SUS. Com metade da representação nos conselhos, os usuários precisam estar atentos e interessados na manutenção e ampliação dos serviços de saúde. Embora os usuários tenham maior representação, os trabalhadores da saúde e o governo não devem se eximir de sua responsabilidade, trabalhando também na sua proteção, uma vez que o SUS é universal e todos somos usuários do sistema.

Embora todos tenham o dever e o direito de participar, dos conselheiros entrevistados, 65% eram do sexo masculino enquanto 35% eram do sexo feminino. Logo, os dados coletados mostram uma predominância na participação masculina.

Segundo Oliveira (2016), “ainda que mulheres venham ocupando espaço nos âmbitos político e público, os dados podem ser explicados em razão da questão de gênero que ainda discrimina e desqualifica mulheres perante a sociedade” (p. 81). Embora não seja o foco desta pesquisa, é sempre importante lembrar que vivemos em uma sociedade de forte cunho patriarcal na qual as mulheres ainda são vistas como indivíduos aos quais devem ser relegadas tarefas e/ou funções com menos importância, contribuindo para a desvalorização da mulher na sociedade brasileira.

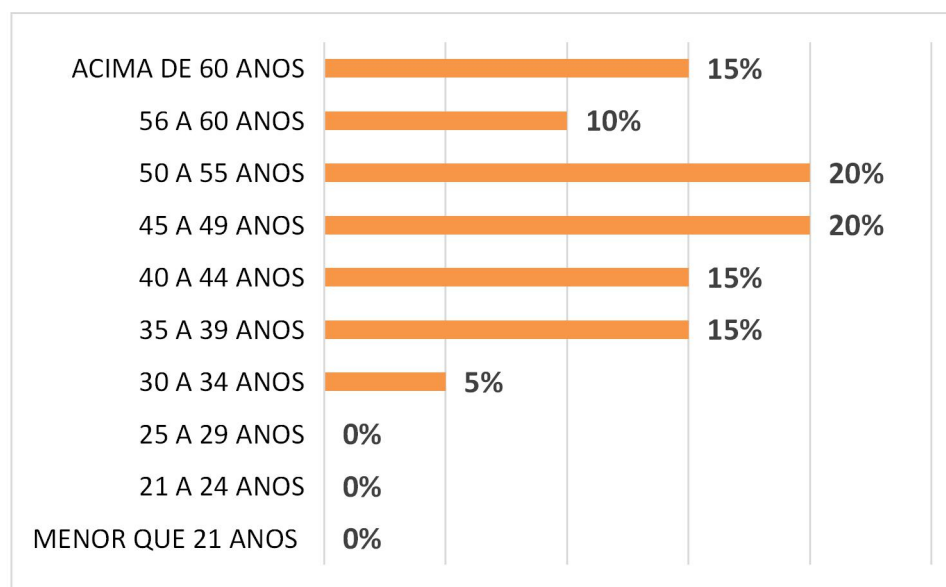
Durante e após a campanha presidencial que elegeu Jair Bolsonaro no segundo semestre de 2018 e durante o ano de 2019, foi amplamente divulgado nos meios de comunicação frases com teor machista proferidas pelo mesmo, o que fortalece ainda mais o desmerecimento com que muitas mulheres são tratadas, além de influenciar ondas de violência num país com alto índice de feminicídio<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> A Lei 13.104/15 alterou o Código Penal Brasileiro incluindo o feminicídio como uma modalidade de homicídio qualificado. O feminicídio se caracteriza por um crime praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. No dia 08 de março de 2019, em decorrência da comemoração do dia internacional da mulher, o G1 apresentou dados alarmantes: em 2018 foram 4.254 homicídios dolosos contra a mulher e 1.173 feminicídios, ou seja, crimes de ódio motivados pela condição de gênero.

Os conselhos de saúde são instituições abertas à participação social, sem discriminação de gênero e que defendem uma saúde pública e universal para todos os grupos sociais, portanto, suas cadeiras devem ser ocupadas da maneira mais diversa possível, de forma que todas as pessoas possam se sentir ali representadas. Partimos do pressuposto que, quanto mais diversidade, melhor, pois assim aumentamos as chances de mais pessoas serem ali representadas, não apenas como usuários do SUS, mas também nas suas particularidades e necessidades específicas de gênero, faixa etária, raça, etnia, entre outros.

Embora a idade mínima para eleição e composição de ambos os conselhos seja 18 anos, observamos no gráfico 1 uma prevalência da faixa etária a partir dos 30 anos. A falta de envolvimento de pessoas mais jovens nessas instituições retrata uma situação no mínimo preocupante, uma vez que, podemos supor, não há interesse e/ou conhecimento por parte dessas pessoas em participar.

**Gráfico 1 – Faixa etária dos participantes**



**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Informações disponíveis em <<https://g1.globo.com/agenda-do-dia/noticia/2019/03/08/8-de-marco-sexta-feira.ghtml>> Acesso em 10 jan. 2020.



Segundo o discurso do presidente eleito Jair Bolsonaro, durante a posse do Ministro de Educação em abril de 2019 (por mais contraditório que isso possa parecer), o mesmo fez o seguinte pronunciamento “Queremos uma garotada que não se interesse por política<sup>30</sup>”. Fica mais do que claro que um governo ultraliberal como este não está interessado em uma educação crítica, voltada para a reflexão e emancipação humanas. Mészáros (2008) destaca:

De fato, da maneira como estão as coisas hoje, a principal função da educação formal é agir como um cão de guarda *ex-officio* e *autoritário* para induzir um conformismo generalizado em determinados modos de internalização, de forma a subordiná-los às exigências da ordem estabelecida (p. 55, grifos do autor).

Como bem destaca a célebre frase atribuída a Paulo Freire “quando a educação não é transformadora, o sonho do oprimido é ser o opressor” e, infelizmente, as medidas que vêm sendo tomadas pelo governo acabam encontrando apoio em muitas pessoas das classes subalternas, pois na falta de uma educação libertadora, o pensamento crítico e a compreensão da realidade social se tornam ainda mais escassos.

Sendo assim, os conselhos de saúde possuem um papel fundamental de divulgação, sensibilização e informação junto à sociedade, sendo essa atribuição também de cunho educacional e um compromisso ético com população. A vivência desses conselheiros nos espaços participativos de discussão é essencial para a sua própria capacitação e empenho na luta pela saúde pública. Duriguetto (2007), ao citar Coutinho (2000) aponta que “é por meio da sociedade civil que se efetiva a formação dos sujeitos políticos coletivos” (p. 188).

É importante destacar que, como já dito anteriormente, o Estado vem tentando enfraquecer a sociedade e as instituições de participação social, colocando-as à margem das decisões importantes e relegando-as a um papel meramente formal de

---

<sup>30</sup> Disponível em <<https://www.cartacapital.com.br/educacao/queremos-uma-garotada-que-nao-se-interesse-por-politica-diz-bolsonaro/>> Acesso em 19 dez. 2019.

existência. Com isso queremos dizer que muitas dessas instituições existem apenas porque a legislação assim determina, mas que não vêm cumprindo o seu papel real de forma efetiva. Conforme bem alerta Machado (2012) “o social não pode ser analisado de forma isolada, distante do contexto político e econômico, pois é a partir da articulação com esses outros dois aspectos que ele se revela na sociedade” (p. 21).

O interior dos espaços participativos é perpassado por lutas e conflitos de interesses. A responsabilidade e o compromisso dos conselheiros de saúde é grande e é necessário que haja, antes de tudo, consciência crítica por parte dessas pessoas quanto à função desempenhada pelas mesmas. É preciso assumir o compromisso junto à coletividade, aos interesses da maioria, deixando de lado os favorecimentos individuais que acabam, muitas vezes, prevalecendo.

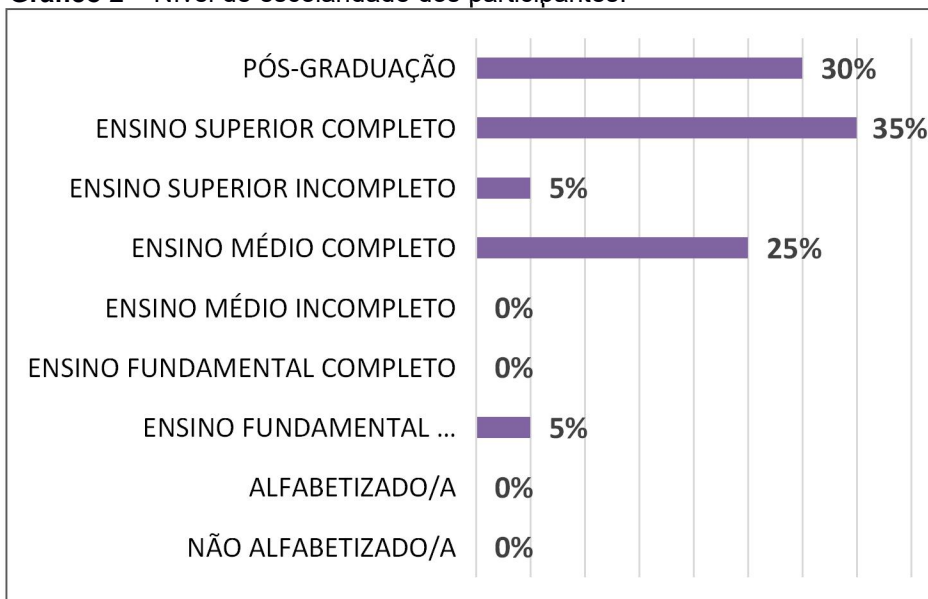
Para Campos (2006) “os conselhos foram criados com objetivos institucionais para assegurar aos cidadãos organizados melhores recursos e meios para influenciar na definição da agenda pública em setores específicos de políticas sociais” (p. 111). Portanto, os conselheiros devem fazer uso desses espaços como valiosos mecanismos não para obter êxitos ou vantagens pessoais, traços comuns do patrimonialismo presente na cultura política brasileira, mas para buscar junto ao governo, um melhor retorno à população dos recursos arrecadados, através da ampliação e melhoria das políticas sociais.

O fortalecimento das instituições democráticas e a organização da sociedade civil são imprescindíveis para que uma nova roupagem democrática ganhe espaço no país e seja capaz de deixar para trás o populismo, clientelismo e patrimonialismo ainda vigentes na história política do Brasil. Mas esse processo só se torna possível a partir do envolvimento da sociedade civil na dimensão política do Estado e na luta contra a sua tentativa de despolitização da sociedade civil, que vem se configurando cada vez mais como uma de suas principais intenções.

O controle social desenvolvido dentro dos conselhos deve estar voltado para a consolidação do SUS nos princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, para a garantia de que os cidadãos participem dos processos democráticos de decisão e para a efetivação do direito à saúde. Como forma de conhecer um pouco mais os

sujeitos da pesquisa, o gráfico 2 apresenta os dados referentes ao nível de escolaridade dos mesmos.

**Gráfico 2** – Nível de escolaridade dos participantes.



**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

É perceptível que os conselheiros entrevistados possuem um nível de instrução elevada e, embora saibamos que uma visão crítica da realidade social e a capacidade de argumentação e defesa do SUS, não seja exclusivo daqueles com formação superior, essa característica pode contribuir para uma melhor qualificação no desenvolvimento das atividades pertinentes ao conselho de saúde e ao controle social.

Uma vez que o cenário atual traz, a partir da década de 1990, segundo Bravo (2006, b) uma disputa entre dois projetos de saúde, aquele proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária e o de saúde vinculada ao mercado ou, em outros termos, uma saúde privatizada, os conselhos se deparam ainda mais com um panorama de contradições e lutas e é fundamental um posicionamento desses mecanismos de participação em favor da democracia. Segundo Bidarra (2006):

Os conselhos podem ser, ao mesmo tempo, arenas para a representação e para as disputas entre propostas totalmente diferenciadas, mas também podem

ser foros para a preservação do tipo de gestão pública que melhor corresponda aos interesses dos governantes (p. 43).

Embora os conselhos não sejam hegemônicos, a sua função, além de fiscalizar a política de saúde, inclui também ampliar a participação e efetivar o controle social. O avanço neoliberal tem colocado à prova instituições como os conselhos que, em sua essência, vieram para democratizar a saúde. A participação social vem sendo reduzida e colocada de escanteio nas discussões que resultam em decisões de interesse público. Nesses espaços, é comum encontrarmos sujeitos que possuem filiação partidária, sobre essa questão, a pesquisa trouxe como resultados que 60% dos conselheiros não possuem filiação partidária, enquanto 40% fazem parte de algum partido político.

Nossa intenção aqui não é de forma alguma desmerecer a filiação partidária, a liberdade de organização e filiação foi também uma conquista democrática das massas. Concordamos com Demo (2009) quando afirma:

O essencial da vida partidária está na possibilidade concreta de democratização do acesso ao poder do Estado, através de estruturas que convivem com a oposição democrática. Por maiores defeitos que a democracia possa apresentar, ainda é o expediente mais confiável de controle do poder, de rodízio no poder, de equalização de seu acesso, de redução da corrupção, de coibição de demagogias e populismos, e assim por diante (p. 39).

Infelizmente, a história da política brasileira é rodeada por partidos poucos representativos da sociedade e conhecida como populismo, coronelismo e currais eleitorais (DEMO, 2009, p. 40) e não podemos afirmar que ter ou não filiação partidária tem influenciado de forma significativa na melhoria dos serviços de saúde. Na verdade o que parece estar ocorrendo, na maioria dos casos, é a intensificação em defesa de interesses particulares dos partidos. Dallari (1999) chama atenção para o fato de que:

Os sistemas eleitorais e os sistemas de governo são organizados de tal modo que só os que têm muito dinheiro ou que pertencem à cúpula de um grupo político muito poderoso é que vão para os cargos mais importantes e podem tomar decisões políticas de grandes consequências. Além disso, as principais decisões sempre são tomadas por pequenos grupos de pessoas, praticamente em segredo. Os banqueiros, os grandes empresários, os principais chefes militares e uns poucos dirigentes partidários conseguem influir sobre o que vai ser decidido, mas a grande maioria do povo só toma conhecimento do que já foi decidido e pesa muito pouco no processo de tomada de decisões (p. 32).

Encontramos grandes verdades nas palavras do autor. Não é de hoje que grandes decisões no Brasil têm sido tomadas pela cúpula em sessões iniciadas à meia noite. Na maioria dos casos são decisões que beneficiam apenas a classe dominante. Isso demonstra que a democracia brasileira têm se reduzido, como já afirmamos, votar é importante, mas é preciso uma democracia ampliada para além do voto, uma democracia participativa, principalmente porque não tem havido representação de fato para o povo, uma vez que, os que foram eleitos defendem os interesses próprios e do mercado. Porém, ainda segundo o autor:

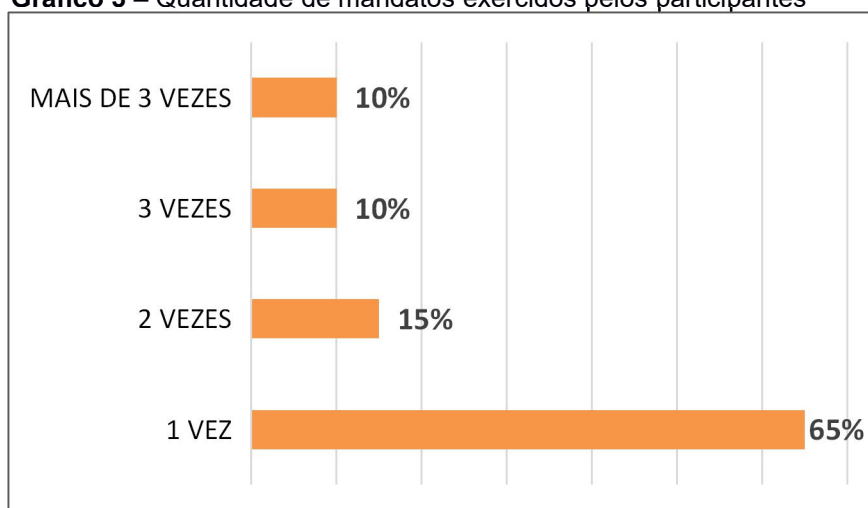
É bem verdade que os partidos, quase sem exceção, ainda estão muito distanciados do povo e de seus problemas. Mas em lugar de permanecer longe deles, deixando que continuem a ter pouca utilidade como agentes de mudança social, é preferível que muitas pessoas conscientes e dispostas a agir entrem nos partidos e dentro deles trabalhem para democratizar sua organização e integrá-los nas lutas sociais (DALLARI, 1999, p. 63).

Fazer parte de partidos políticos é também uma das formas de participação social. Infelizmente, a participação das camadas populares em partidos políticos não tem pesado nas decisões, ou seja, essas pessoas continuam sem voz nesses espaços. Levando em consideração a pluralidade de partidos existentes no Brasil, é necessário sempre mais criticidade na hora de escolher se filiar. Conhecer os princípios de luta e defesa dos partidos é fundamental para não acabarmos nos posicionando contra nossas próprias conquistas enquanto sociedade organizada.

Assim como os conselhos, os partidos também são palcos de conflitos e lutas, e é preciso que conselheiros filiados estejam conscientes dos princípios do SUS que devem ser defendidos. Partidos que se posicionam em defesa da privatização e mercantilização da saúde nadam contra a maré daqueles que lutam por um SUS universal e gratuito.

Tendo em vista a intervenção do Ministério Público junto aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde em Manaus, houve o estabelecimento de novas regras de composição, bem como novas eleições para preenchimento das vagas e retomada das atividades dos respectivos conselhos. Sobre a quantidade de mandatos já exercidos pelos conselheiros entrevistados, vejamos o gráfico 3.

**Gráfico 3** – Quantidade de mandatos exercidos pelos participantes



**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Em decorrência da intervenção do Ministério Público, muitos conselheiros estão atuando pela primeira vez nesses espaços. Uma das medidas do MPE visa garantir a rotatividade na composição dos conselhos já que o que vinha ocorrendo era a perpetuação de entidades dentro dessas instituições, deixando a população à mercê de uma representação ineficiente. Esse rodízio, embora não tenha a capacidade de garantir a democracia, é saudável e evita que haja perpetuação de poder. Se mesmo

com uma rotatividade na composição não podemos afirmar que de fato há um controle social efetivo, sem ela corremos o risco de não haver sequer esse controle democrático.

Por isso a intervenção do MP foi tão importante, assim como a renovação dos conselhos em sua composição. Weffort (1992) já afirmava que “ainda estamos muito distantes de uma democracia social, para não falar de uma democracia consolidada” (p. 21). Os primeiros passos são sempre importantes e quando falamos de democracia, não podemos deixar de lado a relevância de não desistir e continuar na luta para que ela não morra.

Estamos diante de uma sociedade que luta para ser democrática frente a um Estado que insiste em manter aspectos autoritários e ditatoriais na sua conduta, como bem afirma o autor, não podemos esquecer que “no Brasil, como se sabe, não houve colapso do regime militar e sim uma transição com notável continuidade” (WEFFORT, 1992, p. 22).

Portanto, a fim de avançarmos nos processos democráticos junto aos conselhos de saúde em Manaus, essa nova composição já se caracteriza como um dos muitos passos necessários a serem trilhados. Uma outra alternativa que deve fazer parte da dinâmica dos conselhos de saúde é a capacitação para esses sujeitos, que seja desenvolvida de forma contínua e aprimorada nas temáticas de relevância para o controle social.

Dos conselheiros entrevistados, 60% já havia participado de alguma capacitação e 40% ainda não havia participado de nenhum tipo de treinamento e/ou capacitação. Os conselheiros participantes, embora em sua maioria vivenciando pela primeira vez a experiência de conselheiros de saúde, no segmento dos usuários e dos trabalhadores da saúde são oriundos de outras entidades como sindicatos e associação de moradores, o que já garante uma certa experiência em participação social e marca o início do engajamento desses sujeitos nas instituições de controle social na saúde.

Embora todos tenham afirmado certa experiência em outros meios participativos, a capacitação para conselheiro de saúde é essencial para a formação dessas pessoas e para o aprimoramento da sua atuação nos conselhos, pois o SUS possui uma

legislação ampla e um orçamento complexo e os treinamentos são essenciais para a apreensão desse conhecimento. Segundo Raichelis (2006):

Um dos grandes desafios tem sido a implantação de projetos de capacitação que sejam continuados e que trabalhem articuladamente as dimensões técnica, política e ética requeridas no exercício da participação em espaços públicos, nos quais forças conservadoras atuam fortemente no sentido de manipulação e cooptação políticas (p. 114).

A experiência dessas pessoas, no entanto, não anula a importância do desenvolvimento de cursos e capacitações. Ao contrário, em decorrência da consolidação do neoliberalismo no Brasil, é ainda mais importante que esses conselheiros conheçam a história do SUS e dominem a sua legislação. Para defender é preciso conhecer.

O SUS é um sistema amplo e complexo e é necessário compreendê-lo para valorizá-lo. É a partir do conhecimento e da consciência do SUS enquanto conquista da população que os conselheiros poderão liderar a sua defesa sem permitir que a manipulação e cooptação mencionadas pela autora ganhem força dentro dos conselhos de saúde.

### **3.2 Breves apontamentos sobre a dinâmica dos conselhos de saúde**

Os conselhos têm se caracterizado enquanto espaços para a discussão e debate públicos. Logo, são espaços de disputa e conflito de interesses diversos, individuais e coletivos, que ali são apresentados. Como uma instituição para o controle social, possuem regimentos e estatutos que sistematizam e estabelecem regras para seu funcionamento.

Esse conjunto de documentos e regras caracteriza a dinâmica dos conselhos e rege as atividades que são ali desenvolvidas. Portanto, é importante que os conselheiros tenham conhecimento das competências e atribuições que essas instituições desenvolvem. A fim de conhecermos de que forma os conselheiros



classificam essas competências, observemos a tabela 2 para uma análise das atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Manaus.

**Tabela 2** – Classificação das atribuições do CMS

1º lugar	Garantir que os princípios do SUS sejam cumpridos
2º lugar	Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS no município
3º lugar	Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população
4º lugar	Contribuir para que toda a população conheça o SUS

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Para esta questão, os conselheiros deveriam assinalar qual seria a principal atribuição do Conselho Municipal e quais as subsequentes em ordem de prioridade de acordo com suas percepções. É importante ressaltar que, neste momento, os participantes tinham a liberdade de escolher mais de uma opção apresentada, ou seja, poderiam selecionar as atribuições do Conselho Municipal de saúde conforme a prioridade definida por cada conselheiro.

Assim, as atribuições que ocupam o primeiro e segundo lugar, consideradas mais importantes, segundo os conselheiros, apontam para a garantia de que os princípios do SUS sejam cumpridos e a fiscalização da aplicação dos recursos da saúde. Já na outra ponta, foi indicado como último lugar a contribuição para que toda a população conheça o SUS.

Sabemos que todas as atribuições listadas na tabela são de máxima importância para a efetivação do controle social, no entanto, o papel dos conselhos enquanto ente educativo é fundamental para que a população conheça o SUS e sua história.

Enquanto isso, na outra margem, preocupa-nos que menos da metade dos conselheiros entrevistados reconheçam como atribuição primordial o cumprimento dos princípios do SUS, uma vez que estes, além de até hoje não terem sido alcançados de maneira realmente efetiva, vêm sendo desrespeitados amplamente nos últimos anos. Não chegamos a ter um SUS realmente integral, universal e equitativo, mas a ideia do

Movimento de Reforma Sanitária sempre foi alcançar esses princípios durante o avanço e democratização da saúde. Segundo Gohn (2011):

Se o Estado e as políticas neoliberais 'desconstroem' o sentido do público, retirando sua universalidade e remetendo para o campo do assistencialismo e da lógica do consumidor usuário de serviços, os conselhos têm a possibilidade de reaglutinarem esses direitos fragmentados, reconstituindo os caminhos de construção da cidadania que está sendo esfacelada (p. 92).

Se, por um lado, os conselhos não devem ser supervalorizados, por outro, não devem jamais ser subestimados. Sua importância vai muito além que uma formalidade burocrática para o repasse fundo a fundo de recursos públicos<sup>31</sup>. São instrumentos ativos na colaboração para aprofundamento da democracia, construção da cidadania e para a luta por melhores condições nos serviços de saúde oferecidos à população. Para Raichelis (2006):

A dinâmica de funcionamento e o desenho organizacional desses novos espaços públicos precisam ser cuidadosamente pensados, pois condicionam, em larga medida, a capacidade de inclusão de novos atores coletivos, especialmente aqueles excluídos de outras arenas políticas decisórias (p. 114).

Os conselhos devem estar aptos a proporcionar uma vivência e aprendizado a partir de rotinas democráticas características da participação social. Apenas conscientes e armados com poder que a união democrática é capaz de conferir, os conselheiros serão dignos defensores da saúde pública, universal e gratuita.

O fortalecimento da democracia participativa depende da articulação e organização social e deve contar com a parceria dos conselhos na tarefa de

---

<sup>31</sup> De acordo com a Lei 8.142/90 os conselhos de saúde, com composição paritária, bem como o Fundo de Saúde, são necessários para que os Municípios, Estados e o Distrito Federal possam receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde para a cobertura das ações de saúde a serem implementados pelos respectivos Municípios, Estados e Distrito Federal, caracterizando assim o repasse fundo a fundo.

conscientização da população, assim como a divulgação e socialização do conhecimento e das atividades do controle social desenvolvidas nessas instituições. Seguindo a mesma lógica da questão anterior para a análise das competências do conselho estadual de saúde, temos a tabela 3.

**Tabela 3** – Classificação das atribuições do CES

1º lugar	Controlar a execução da política de saúde no Estado
2º lugar	Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população
3º lugar	Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS no Amazonas
4º lugar	Garantir o acesso a todos os usuários do SUS
5º lugar	Implementar núcleo de educação permanente para capacitar as pessoas que têm interesse em participar

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Gostaríamos de destacar aqui o apontamento feito na categoria “outros” (5º lugar) como uma das competências do CES a criação de um núcleo permanente para capacitar não apenas os conselheiros já eleitos, mas todos aqueles que tenham interesse em participar dos conselhos.

Uma proposta sem dúvida inovadora, mas também desafiadora para os conselhos, tendo em vista que a capacitação contínua dos conselheiros tem sido apontada pelos próprios como algo que deve ser melhorado e fortalecido. Sem dúvida, enquanto organismo educativo, um núcleo de capacitação para a população em geral teria muito a acrescentar no processo de socialização da informação e do conhecimento e, sobretudo, na divulgação do controle social no âmbito da política de saúde.

Como primeiro lugar para os conselheiros do CES, temos o controle da execução da política de saúde no Estado seguido do acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde prestados à população, o que, de certa forma, abrange as demais opções e demonstra que os conselheiros entrevistados têm conhecimento sobre as atribuições do CES. Isso nos leva, entretanto, a questionar até que ponto e de que forma esse controle vem sendo realizado diante dos vários

esquemas de desvio de recursos da saúde amplamente divulgados pela mídia. Abaixo, podemos acompanhar algumas notícias sobre o assunto.

**Figura 10** – Notícia trazida pelo site do jornal Em Tempo.



**FONTE:** Pesquisa documental, 2019.

**Figura 11** – Notícia trazida pelo site da Controladoria Geral da União



**FONTE:** Pesquisa documental, 2019.

Os conselhos de saúde, vale ressaltar, só são eficazes quando conseguem cumprir com seus princípios de democracia participativa. Ou seja, é preciso que haja realmente participação e envolvimento dos seus membros em todas as suas atividades, construindo, executando, fiscalizando e avaliando a política de saúde e não apenas votando e aprovando projetos que já chegam prontos ao conselho.

Quando o conceito de controle social aqui defendido não se faz presente dentro dos conselhos de saúde, então estes podem acabar contribuindo para a perpetuação do poder nas mãos das classes dominantes e indo contra a democracia defendida pela Constituição Federal de 1988. Como afirma Costa (2007), a proposta da democracia é “limitar e controlar o poder dos poderosos” (p. 99) e essa é também a proposta do controle social, limitar e controlar a ação do Estado, redirecionando as suas ações para os interesses coletivos.

Assim, seguindo com os dados acerca da dinâmica dos conselhos de saúde, a tabela 4 apresenta as principais atividades desenvolvidas no âmbito do CMS e do CES, segundo os participantes e segue o mesmo raciocínio das anteriores. Vale ressaltar aqui que a dinâmica dos conselhos conta bastante para o aperfeiçoamento de suas atividades e para o aprimoramento e capacitação dos conselheiros sendo, portanto, importante manter uma rotina voltada sempre para discussão e debate do controle social na política de saúde.

**Tabela 4 – Principais atividades desenvolvidas nos conselhos**

1º lugar	Reunião mensal
2º lugar	Visita e monitoramento dos serviços de saúde
3º lugar	Ação de mobilização da sociedade para o exercício do controle social
4º lugar	Planejamento das conferências municipais/estaduais de saúde

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

A tabela 4 foi traz um consenso, em sua maioria, acerca das prioridades apontadas pelos conselheiros quanto às atividades realizadas no cotidiano dos espaços dos conselhos. Seguindo uma dinâmica de reuniões mensais, monitoramento e fiscalização como principais atividades, os conselhos seguem como organizações sistematizadas para o controle da política de saúde.

A sistematização das atividades, no entanto, não garante que o seu desenvolvimento esteja acontecendo dentro dos parâmetros democráticos necessários.

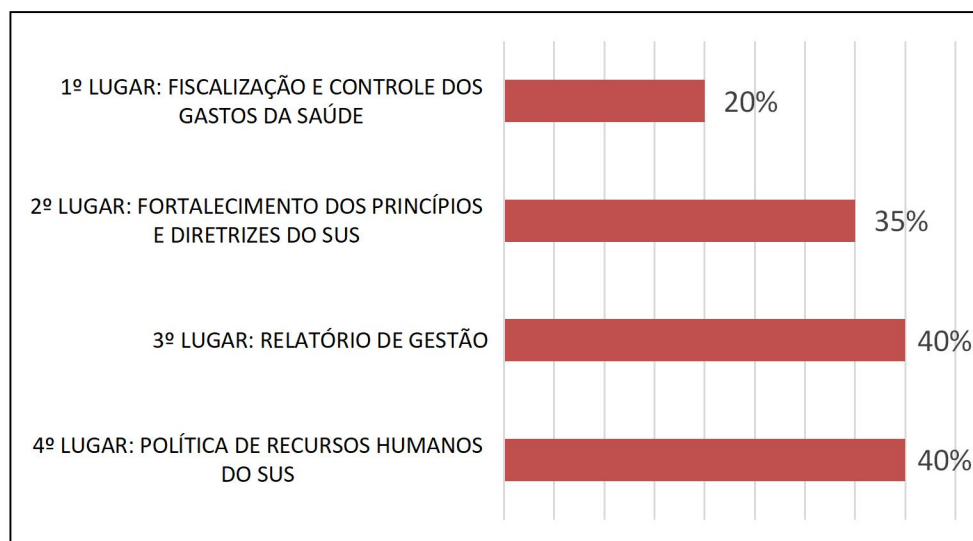
A fiscalização dos usuários se torna crucial para a garantia de que os interesses ali defendidos sejam coletivos.

Sabemos que o Estado, embora represente somente 25% da composição dos conselhos ainda é o segmento com mais força, como afirma Dallari (2001) “a sociedade política de maior importância, por sua capacidade de influir e condicionar, bem como por sua amplitude, é o Estado” (p. 49).

Por isso mesmo o governo acaba impondo suas decisões aos demais segmentos que, por sua vez, ficam relegados à função de apenas votar para aprovar ou não determinadas decisões, o que nos remete novamente à uma democracia muito limitada, restrita ao voto. Uma das funções dos conselhos, como sabemos, é ampliar a discussão democrática e não restringi-la.

No desenvolvimento de suas atividades, as reuniões mensais constituem a principal forma de encontro para debate dos assuntos que competem à apreciação dos conselhos. Como forma de conhecer os principais assuntos discutidos nessas reuniões do conselho, o gráfico 4 apresenta a realidade expressa pelos conselheiros.

**Gráfico 4 – Principais assuntos discutidos nas reuniões dos conselhos**



**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Também aqui ressaltamos que os conselheiros classificaram todas as opções conforme a prioridade e importância que cada um julgou adequada. É curioso constatar

que o principal assunto de maior frequência nas reuniões dos conselhos seja a fiscalização e controle dos gastos em saúde. Diante do que já apontamos anteriormente acerca dos escândalos de corrupção relacionados aos recursos destinados à saúde no Amazonas, essa fiscalização realmente se torna um assunto da maior importância para discussão e análise.

Sabemos que os conselhos não são onipotentes e não conseguem frear sozinhos as ondas de corrupção na área da saúde, no entanto, os planos orçamentários destinados à essa política pública passam pelos conselhos seja no âmbito municipal, seja no estadual e carecem não somente da aprovação dessas instituições, mas principalmente de uma fiscalização mais apurada e mais rigorosa, uma vez que, segundo Salvador (2012, b) “os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas” (p. 128).

Assim, quanto ao reconhecimento e classificação da importância dessa competência, que é a fiscalização desses recursos, junto aos conselheiros, foi observado que 90% dos entrevistados afirmaram que é muito importante que haja tal fiscalização, enquanto 10% classificou como importante.

Como vemos, é unânime por parte dos conselheiros que o acompanhamento e a fiscalização dos recursos da saúde são de suma importância. Quando o Estado decide que certos gastos públicos devem ser mantidos em sigilo, ocorre a anulação da transparência pública, a restrição da cidadania e a contenção da democracia. Mas não é fácil desenvolver com destreza essa atribuição. Sendo o orçamento público um assunto de relativa complexidade, muitos conselheiros apresentam dificuldades para compreendê-lo.

As capacitações não têm sido suficientes para trazer esclarecimentos mais aprofundados sobre o orçamento à essas pessoas e o segmento do governo acaba sendo o responsável por essa questão enquanto os demais apenas votam a sua aprovação. Sobre essa questão, vejamos o que alguns conselheiros expõem:

No princípio é muito importante fiscalizar, mas na prática a gente tem muitas limitações com relação a isso. A nossa principal limitação aqui no conselho

municipal de saúde é a questão da ausência da assessoria qualificada. Eu tenho muita dificuldade, enquanto conselheiro, para entender determinadas terminologias contábeis ou administrativas, eu não sou contador nem administrador e eu tenho certeza que isso acontece com todos os outros conselheiros também. Então a gente precisaria de uma assessoria independente do próprio conselho, é importante dizer isso, não adianta a gente contar com uma assessoria contábil ou jurídica da própria secretaria porque a visão deles é uma visão muito mais corporativa e tem que ser porque eles representam a gestão, então apesar de eu considerar muito importante essa competência eu vejo que a gente exerce ela de maneira muito limitada em função da ausência dessa assessoria (Conselheiro municipal nº 01. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

É muito importante porque o recurso é teu, é meu e o brasileiro, ele é muito negligente nesse sentido, parece que a coisa pública não é nossa então se pode gastar de qualquer jeito e aí tem algo muito interessante que é o seguinte: se você compra um celular e é assaltado você vai denunciar na polícia, mas se você vir alguém depredando uma praça, ou um prédio você não tem a mesma reação porque parece que não é teu e eu acho que a gente tem que começar a trabalhar isso, a coisa pública é nossa e a gente tem que fiscalizar e a participação dentro do conselho tem que ser por esse lado, de fiscalizar a aplicação desse recurso porque milhões de pessoas dependem da saúde pública e uma vez que é desviado, muitas pessoas acabam morrendo por causa desse desvio e isso acaba sendo um crime hediondo por que mata as pessoas nas filas, nos corredores, na falta de atendimento, então ainda falta muita consciência disso (Conselheira estadual nº 02. Segmento usuário do SUS. Pesquisa de Campo, 2019).

Dois aspectos importantes são levantados nas falas dos conselheiros. Primeiro, o lado técnico de apoio para que orçamento não se torne um assunto impenetrável para os conselheiros, ao contrário disso, ele precisa ser compreendido e assimilado por esses sujeitos. O segundo aspecto nos leva a refletir sobre a ideia arraigada no Brasil de que a coisa pública ou os serviços públicos são entendidos como oferecimento ou favor do governo para o povo. Iamamoto e Carvalho (2014) trazem a seguinte reflexão:

A riqueza social existente, fruto do trabalho humano, é redistribuída entre os diversos grupos sociais sob a forma de rendimentos distintos: o salário da classe trabalhadora, a renda daqueles que detêm a propriedade da terra, o lucro em suas distintas modalidades (industrial, comercial) e os juros daqueles que detêm o capital. Parte da riqueza socialmente gerada é canalizada para o Estado, principalmente sob a forma de impostos e taxas pagos por toda a população. Assim, parte do valor criado pela classe trabalhadora é apropriado pelo Estado e pelas classes dominantes e é redistribuído à população sob a



forma de serviços, entre os quais os serviços assistenciais, previdenciários ou “sociais”, no sentido amplo. Assim é que tais serviços nada mais são, na sua realidade substancial, do que uma forma transfigurada de parcela do valor criado pelos trabalhadores e apropriado pelos capitalistas e pelo Estado, que é devolvido a toda a sociedade (em especial aos trabalhadores, que deles mais fazem uso) sob a forma transmutada de serviços sociais. Reafirmando: tais serviços públicos ou privados nada mais são do que a devolução à classe trabalhadora de parcela mínima do produto por ela criado mas não apropriado, sob uma nova roupagem: a de serviços ou benefícios sociais. Porém, ao assumirem esta forma, aparecem como sendo doados ou fornecidos ao trabalhador pelo poder político diretamente ou pelo capital, como expressão da face humanitária do Estado ou da empresa privada. Os diversos serviços sociais previstos em políticas sociais específicas são a expressão de conquista da classe trabalhadora em sua luta por melhores condições de trabalho e de vida, que são consubstanciadas e ratificadas através da legislação social e trabalhista (p. 99).

Como bem aponta a conselheira, a coisa pública é nossa. E como destaca de forma tão enfática os autores, as políticas sociais são apenas um retorno de todo o capital arrecadado pelo estado através da classe trabalhadora. Não são os ricos e poderosos que nos concedem favores, nós, enquanto sociedade e classe trabalhadora, não temos recebido de volta nem o mínimo do que contribuimos para Estado. O orçamento público, portanto, é nosso, e o exercício do controle social deve abranger a sua fiscalização de forma eficaz para não termos nossos direitos mais diminuídos do que já estão.

### **3.3 A dimensão participativa sob a ótica dos conselheiros de saúde**

A participação em saúde, ao longo desses 30 anos, caminha lentamente frente a um Estado que insiste na retirada de direitos básicos e constitucionais. O que deveria ser uma abertura complementar à iniciativa privada na política de saúde, tem se tornado uma das principais vias de acesso aos serviços de saúde para aqueles que podem pagar, sejam os planos mais caros, sejam os mais populares que, por sua vez, vêm se ampliando sempre mais.

Frente a esse desmonte, em vez da ampliação, vemos o nosso SUS retroceder em uma velocidade recorde se comparada com o lento avanço que foi conquistado nas

últimas três décadas. Se a participação social desde sempre foi importante, agora mais do que nunca, é fundamental um posicionamento da população a fim de assegurar a existência do SUS.

O controle social não pode ficar preso apenas às paredes do conselho de saúde, é preciso alcançar o máximo de pessoas como forma de armar uma frente contra as investidas do Estado que têm como fim a precarização da saúde pública e a sua mercantilização.

A realização de eventos e a criação de movimentos e instituições sociais que busquem defender o SUS é um dos caminhos disponíveis na tentativa de frear os desmontes que se processam cada vez mais rápido.

Enquanto o governo tenta desestabilizar as organizações sociais e desacreditar os movimentos sociais, criminalizando-os e colocando-os na mira da grande mídia brasileira que, por sua vez, atua sempre em favor dos interesses políticos e econômicos, torna-se fundamental o debate crítico sobre as políticas sociais e a socialização dos conhecimentos a fim de que um número cada vez maior de pessoas possa compreender a importância e a conquista que todas as políticas sociais representam.

Em Manaus, como forma de debater as mudanças e discutir formas de defesa do Sistema Único de Saúde, foi realizado o I Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde no período de 26 a 28 de novembro de 2019.

Durante o evento foi também criada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, composta por diversas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e que tem como objetivos defender o SUS público, estatal, sob administração direta do Estado, gratuito e para todos, bem como lutar contra a privatização da saúde e defender a Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

**Figura 12** – Criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde no Amazonas.



**Fonte:** Pesquisa documental, 2019.

**Figura 13** – Primeira reunião da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde no Amazonas.



**Fonte:** Pesquisa documental, 2019.

O controle social na saúde é um instrumento indispensável para a garantia da presença da população usuária nos espaços dos conselhos. Podemos supor que sem a existência do controle social talvez o SUS já houvesse sido desmontado por inteiro. Daí a importância e necessidade de ampliação e efetivação do controle social de forma essencialmente democrática, o que fortalece a democracia, amplia a cidadania e contribui para a construção de uma visão crítica da realidade brasileira. Conforme Bravo (2006, a):

[...] o sentido do controle social inserido na Constituição é o da participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia (p. 83).

Enquanto instituições criadas para o exercício do controle social, os conselhos precisam manter um posicionamento crítico frente ao debate citado pela autora. Isso significa a compreensão da relevância que a democracia possui diante do avanço neoliberal que enfrentamos. É preciso entender que a democracia é um ato de

cidadania e que o controle social não representa apenas estar inserido em instituições e movimentos sociais, mas participar da construção de políticas, de sua implementação, execução e fiscalização de maneira realmente efetiva. Nesse sentido, buscamos analisar qual o significado do controle social para os conselheiros de saúde em Manaus. Eis algumas narrativas:

O controle social significa as pessoas entenderem para o que serve o sistema único, como você pode colaborar para o fortalecimento desse sistema, que você não é um mero usuário, que você também pode ser ator desse processo. O próprio sistema de saúde emana do próprio povo, ele é um sistema que foi construído a partir das necessidades de uma população, então após a Lei 8.080 se criou a lei que fala do controle social, que é justamente para que todas as pessoas envolvidas nesse gerenciamento do SUS pudessem participar de forma ativa e aí se criou essa paridade que é o usuário, o trabalhador e o gestor, que esse SUS pudesse ser discutido diante de vários olhares, de vários enfoques, só que para que isso aconteça a população precisa entender o que é o Sistema Único de Saúde, ele precisa entender que ele, enquanto usuário, pode atuar de forma ativa, discutindo as suas regionalidades, as suas peculiaridades, a fim de a gente chegar em um denominador buscando melhorias na qualidade do acesso, é isso que eu entendo (Conselheira estadual nº 04. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

Geralmente a questão do controle social visa fazer esse acompanhamento junto ao poder público de como se encontra a saúde, como estão sendo usados os recursos principalmente do SUS, também é fiscalizar a gestão na saúde pública, seja nas UBS's, seja nas policlínicas, clínicas e inclusive também em hospitais porque se a abrangência é em nível estadual e conselho está a nível de Amazonas também, a gente inclusive já visitou várias clínicas, várias unidades de saúde para ver se realmente a população está tendo o atendimento que merece porque o SUS na sua realidade, ele é muito bonito no papel, mas a gente precisa avançar muito para que o SUS realmente seja cumprido na prática (Conselheira municipal nº 05. Segmento dos usuários do SUS. Pesquisa de Campo, 2019).

Como apontam os conselheiros, o SUS, como proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária e como expresso na sua própria legislação, não chegou a ser efetivado. Segundo nos diz Côrtes (2009), na proposta do Movimento de Reforma Sanitária “a comunidade viria a ter papel decisivo não apenas na construção do SUS, mas também na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema” (p. 104).

A não efetivação do controle social mostra como os direitos básicos de cidadania, como a saúde, ainda são lesados quando o governo decide primar pelos interesses do sistema capitalista em detrimento dos interesses da população. Conhecer o SUS e entender os caminhos trilhados para a sua existência, como diz a conselheira, é fundamental para garantir a sua defesa, assim como a compreensão do controle social e a sua profunda relação com a democracia torna-se um aspecto de vital necessidade para a consolidação da cidadania. Ainda sobre o controle social, os conselheiros afirmam:

É o processo pelo qual o cidadão, de forma organizada e agregada, debate pautas de interesse comunitário, defendendo políticas públicas e acompanha a utilização eficiente nos gastos da instituição (Conselheiro municipal nº 15. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

É a participação da sociedade no planejamento e execução das políticas públicas (Conselheira municipal nº 12. Segmento gestor da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

Entender a democracia como forma de ir além do voto está vinculado ao entendimento do controle social como instrumento não apenas de fiscalização, mas de um envolvimento mais completo junto às políticas públicas. A ideia de debate e acompanhamento dos assuntos de interesse coletivo relativos à saúde não foge ao conceito de controle social aqui defendido, porém, como afirma a conselheira gestora, é também planejar e executar e esses dois verbos agregam diversas outras atribuições que vão além do debate. Segundo o Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde:

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social [...]. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da

população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde. (BRASIL, 1992, p. 33).

A participação social é uma grande aliada na busca por uma melhor e mais justa distribuição da riqueza social produzida. Ela segue na direção contrária ao Estado Mínimo e, por isso mesmo, precisa ser fortalecida para que esse modelo de estado não seja estabelecido de uma vez por todas no Brasil. No entanto, sabemos que “o capitalismo contemporâneo literalmente se assenta sobre um mar de dívidas privadas e públicas” (BEHRING, 2012, p. 161). Essas dívidas e a forma injusta como se dá a apropriação da riqueza no Brasil são grandes incentivadores do modelo neoliberal de governo. De acordo com Dallari (1999):

O mundo de hoje, especialmente nos países que adotam o sistema capitalista, apresenta acentuados desníveis econômicos, sociais e políticos. Pequenos grupos conseguiram influir de tal modo sobre a organização da sociedade que impuseram o estabelecimento de regras de convivência inteiramente favoráveis aos economicamente fortes e aos que se põem a seu serviço (p. 94-95).

Embora pareçam incompatíveis, participação social e capitalismo são capazes de caminhar lado a lado formando um cenário de lutas, conflitos, contradições e consenso. Reconhecemos esse cenário como o conjunto das novas formas de relações entre Estado e sociedade civil surgidas a partir do processo de redemocratização brasileira.

Para a política de saúde, a participação social tem significado não apenas a inserção de novos sujeitos na gestão democrática da saúde, mas a manutenção de um sistema de saúde público, uma vez que, se o governo estivesse sozinho agora como já esteve antes, muito provavelmente a saúde voltaria à condição de seguro, perdendo seu caráter gratuito e universal que, embora não efetivado na realidade, são garantidos em lei.

Participar socialmente significa o engajamento nas lutas em defesa do SUS. Além de exercer a democracia, a sociedade toma parte a favor da manutenção de um sistema de saúde que garanta o acesso de todos à essa política e aos serviços oferecidos. Em um país com tanta desigualdade social, alto índice de corrupção e uma distribuição injusta da riqueza socialmente produzida, que vem sendo redirecionada para políticas de redistribuição de renda quando deveria oferecer políticas públicas de qualidade, como saúde e educação, bem como a geração de emprego e renda, tendo em vista que um dos maiores problemas hoje no Brasil é o desemprego, é fundamental que a população participe.

Assim, sobre o favorecimento da participação social à política de saúde, 85% dos entrevistados concordam que o envolvimento da comunidade tem ajudado a fortalecer a saúde pública no Brasil e 15% acredita que esse envolvimento não é tão favorável quanto deveria ser, uma vez que a comunidade ainda é um segmento bastante enfraquecido dentro dos conselhos de saúde.

Como vemos, ainda estão presentes dentro dos conselhos de saúde, opiniões contrárias aos interesses que essas instituições devem defender. Levando em consideração que os conselhos constituem um dos mecanismos que tem como finalidade o exercício do controle social que, por sua vez, efetiva a participação social, é preocupante encontrar conselheiros que tenham esse parecer acerca da participação da sociedade na política de saúde. No quadro 16 temos a oportunidade de analisar algumas de suas falas.

**Quadro 16 – Sobre a contribuição da participação social à política de saúde**

Resposta do entrevistado	Justificativa da resposta
Não	Não favorece porque simplesmente é uma participação muito baixa (Conselheiro estadual nº 03. Segmento dos usuários do SUS).
Não	Eu penso que, infelizmente, se têm vícios em muitos espaços e eu acho também que, muitas vezes, dentro de um espaço, que é um espaço de controle, de interesse social, que é um espaço coletivo que vai beneficiar toda uma população, também lá dentro se têm os vícios, têm as cooptações e às vezes, muitas vezes, eles se tornam uma moeda de barganha por exemplo. Então, dentro desses espaços também tem a participação das instituições públicas e de outras instituições que às vezes tem um interesse que é diferente do interesse dos usuários. Então dentro do CES você vai ter as entidades farmacêuticas que têm um interesse, a própria secretaria de saúde com seus interesses, os sindicatos

	com os interesses deles e aí você tem o usuário que, no meu ponto de vista, deveria ter uma participação até maior porque de fato são os usuários que vivenciam lá as políticas que são implementadas. Mas como os usuários muitas vezes não tem conhecimento, não tem uma boa oratória para falar acaba não tendo muita participação e assim a participação parece que acaba favorecendo apenas interesses particulares (Conselheira estadual nº 02. Segmento dos usuários do SUS).
Não	Pela necessidade de judicialização, composição de quórum qualificada incompleta, despolitização de segmentos com baixa participação (usuários e trabalhadores) a participação fica restrita a cancelar os gastos da secretaria já realizados (Conselheiro municipal nº 15. Segmento profissional da saúde).
Sim	A participação social tem ajudado bastante porque todos os questionamentos são levados para o conselho para serem votados e decididos, para o aceite ou não, e eu acho que é bem válido, os líderes de comunidade levam os problemas de suas áreas e o secretário municipal de saúde participa das reuniões, ele também é conselheiro e ele demanda lá todas as situações (Conselheira municipal nº 08. Segmento gestor).
Sim	É muito importante porque no conselho existem três segmentos, os gestores, os trabalhadores e os usuários e de alguma forma, sempre quem acaba ganhando é o sistema (o governo), essa é a realidade. Então o usuário lá dentro, antes das votações, nas reuniões, ele tem a oportunidade de falar, questionar, de debater, mas para isso é muito importante ele conhecer, se aprofundar nos assuntos, saber para o que vai servir determinado projeto, se vai influenciar na saúde da população de verdade (Conselheiro municipal nº 14. Segmento dos usuários do SUS).
Sim	Dentro do conselho municipal de saúde é histórica a qualidade da participação social. No âmbito do usuários existe uma dificuldade, vamos dizer assim, um pouco de responsabilidade porque não é remunerado então dificulta o favorecimento dessa responsabilidade, dificulta a locomoção, algumas pessoas acham que isso tem um certo nível de status e como não tem a remuneração para dar esse status, a pessoa não se sente confortável, outros não têm realmente o conhecimento técnico, mas no caso dos usuários, uma coisa que é muito perceptiva, apesar dessas dificuldades é a capacidade que eles têm de sentir na pele aquilo que a gente não sente porque muitos de nós, tanto âmbito dos trabalhadores quanto dos gestores, a gente às vezes está em um patamar social diferente, então a gente não sofre as mesmas agruras que eles sofrem. Então eles sabem o que é depender de um ônibus para chegar 3h da manhã para pegar uma ficha para marcar uma consulta para daqui a 3 meses. Eles trazem para o controle social, no âmbito da saúde aquela voz realmente do povo que está na rua, a voz que realmente precisa ser ouvida e nós, dos outros segmentos, temos que ter sensibilidade de perceber o que o cidadão está falando porque, muitas vezes, quando um deles se exalta em alguma plenária ele não está ali “fazendo tipo”, ele está realmente expressando um sentimento que ele têm sobre as mazelas que a gente enfrenta na sociedade (Conselheiro municipal nº 10. Segmento profissional da saúde).

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Analisando criticamente o posicionamento dos conselheiros, tanto dos que apontaram a resposta negativa quanto os da afirmativa, percebemos que, na verdade, todas elas enfatizam a necessidade da ampliação e fortalecimento da participação social. Mas para que isso seja possível é necessário que a sociedade civil se organize e



busque capacitação e conhecimento para se inteirar do poder que possui. Machado (2012) explica que:

A sociedade civil é um espaço de força política formado por diferentes segmentos sociais que não são governamentais. É constituída por: associações, movimentos populares, organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, pastorais sociais, comunidades eclesiais de base, partidos políticos, entre outros. Com a organização e articulação da sociedade civil, considerando a especificidade das organizações, das entidades e dos movimentos que a compõem, é possível qualificar a participação cidadã nos espaços de construção de políticas públicas, bem como fortalecer esses espaços para a realização de seus objetivos. Porém, há que se ressaltar que no interior da sociedade civil existem interesses diferenciados, que poderão alterar as formas de participação e exercício do poder (p. 52).

Que os conselhos são espaços de luta entre interesses divergentes já foi dito neste trabalho, e assim também é a sociedade civil. Não vivemos em uma sociedade homogênea, ao contrário, nossa realidade está permeada de contradições, a maioria delas, é importante destacar, típicas do sistema capitalista de produção. Mas é dessa sociedade que emergem todos os dias novos sujeitos sociais que irão adentrar nos espaços dos conselhos e fazer parte da gestão da saúde.

Assim, essas pessoas carregam em si uma responsabilidade grande, de trabalhar na busca pela capacitação de si próprios e dos novos sujeitos que surgirão, assim como assumir seu papel na luta constante pela efetivação do controle social na saúde. Os conselhos devem elaborar atividades, ações e mobilizações que visem assegurar o desenvolvimento e fortalecimento do controle social. Diante dessa responsabilidade, os conselheiros apontam algumas estratégias desenvolvidas nos conselhos com a finalidade de efetivar o controle social.

Na verdade a própria previsão legal, principalmente através da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.142, a Lei Complementar 141/2012, ela permite que o conselho, permite não, ela obriga que o conselho faça a análise de todos os documentos produzidos pela secretaria de saúde no tocante ao planejamento de saúde, também como os relatórios de gestão, as prestações de conta... Então na

análise dos planejamentos de saúde, por exemplo, o conselheiro pode sugerir que sejam inseridas diretrizes e ações e, dessa forma, fazer representar aquele segmento ou toda a sociedade no sentido da execução daquele tipo de tarefa. Na análise das prestações de conta e nas análises dos relatórios de gestão ele verifica aquilo que foi executado com relação ao planejado anteriormente. Então, quer dizer, eu acho que nesse sentido, se o conselheiro se empenhar em manter em dia o conhecimento com relação ao planejamento, fazer as sugestões nos momentos oportunos e, no final do processo, verificar e fiscalizar se aquilo que foi planejado está sendo executado, eu acho que, nesse sentido, os integrantes do controle social têm todas as possibilidades de participar ativamente na melhoria da condição na saúde do município (Conselheiro municipal nº 02. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

Eu acho que hoje o conselho estadual não tem desenvolvido nenhuma estratégia até porque a gente está sob intervenção judicial, tá em processo de organização de eleição suplementar porque a gente precisa completar o quadro para começar os trabalhos, então hoje o conselho estadual não está fazendo nada, tivemos essa eleição pela pressão, mas houve pouca divulgação, sem organização, foi uma loucura (Conselheira estadual nº 04. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

Enquanto instâncias de exercício do controle social, os conselhos possuem, por si só, um papel central no processo de divulgação e socialização de suas atividades não apenas aos seus membros, mas à sociedade em geral. Além de suas atribuições e competências já se caracterizarem como formas de praticar o controle social, é importante que os conselhos busquem desenvolver outras atividades, com caráter educativo, a fim de aprofundar o processo de desenvolvimento e efetivação do controle democrático.

Como vimos no capítulo 2, os dois conselhos, *locus* desta pesquisa, passaram pela intervenção ministerial e, dos 5 conselheiros que compõem o CES e que aceitaram participar, apenas uma já havia sido conselheira de saúde em oportunidade anterior. Assim, pelo pouco tempo em exercício e pelo fato das atividades do CES não estarem em pleno desenvolvimento à época da coleta de dados, nenhum dos conselheiros conseguiu visualizar ou apontar alguma estratégia desenvolvida para o fortalecimento do controle social.

Quanto ao CMS, como destaca o conselheiro municipal nº 02, a dinâmica dos conselhos e as responsabilidades atribuídas aos conselheiros funcionam enquanto

ferramentas para o exercício do controle social e para a prática da gestão democrática. A análise de documentos e a oportunidade para propor deve fazer parte da dinâmica de atividades dos conselheiros e deve também ser realizada de forma coletiva para assegurar que interesses coletivos sejam resguardados. Dallari (1999) nos alerta que:

[...] quando um indivíduo decide sozinho a respeito de algum assunto de interesse de muitos corre sempre o risco de tomar decisões que acarretem prejuízos a outros ou mesmo a todo o conjunto da sociedade. Por outro lado, é sempre mais fácil conhecer todos os aspectos de um problema, encontrar solução adequada e conseguir que esta seja aplicada concretamente quando muitos trabalham juntos (p. 67).

A gestão democrática da saúde é a garantia que temos das possibilidades de participação nos processos decisórios. Apesar do peso conferido aos conselheiros do segmento dos usuários do SUS, ao ocuparem 50% das vagas, os estudos comprovam a baixa participação e a fraca influência que esse segmento possui nas decisões. Portanto, aqueles que já se encontram inseridos nesses espaços precisam ter consciência da importância em elaborar formas para que a sociedade possa conhecer os conselhos, aprender sobre o controle social e se interessar em participar. Ainda segundo o autor:

Evidentemente, é muito difícil o indivíduo marginalizado e dominado descobrir sozinho que dispõe de meios para reagir. Por isso é necessário que todos aqueles que já tomaram consciência realizem um trabalho de conscientização dos demais, falando, discutindo, ensinando, demonstrando pelos exemplos históricos que os mais fracos podem vencer os mais fortes e que a força do grupo pode compensar a fraqueza do indivíduo (DALLARI, 1999, p. 37).

Embora esse seja um caminho árduo que não apresente garantia de sucesso, é importante que as tentativas sejam realizadas. Sabemos que a cultura política brasileira arraigada ainda no paternalismo e clientelismo contribui sobremaneira para o fraco

exercício da cidadania. Junte-se a isso a precarização das políticas públicas, sobretudo a educação, e temos uma sociedade que, muitas vezes por falta de conhecimento, vai se tornando apática diante das injustiças sociais que se acumulam nesse país. No entanto, para o conselheiro municipal nº 07, o CMS tem conseguido desenvolver algumas estratégias nesse sentido.

A atual gestão está fazendo um trabalho bastante satisfatório, está divulgando bastante, tanto que nós estamos fortalecendo os conselhos locais de saúde porque esses conselhos são aqueles que atuam dentro das unidades de saúde e são eles que envolvem a comunidade em si e está tendo bastante divulgação nas nossas reuniões bimestrais junto aos representantes das zonas da cidade, mas a gente observa que são sempre as mesmas pessoas ali presentes, a gente convida, a gente põe na mídia mas, mesmo quando há eleição, as pessoas não aparecem. Como eu falei, participar é para quem gosta e o conselho de saúde não é remunerado, mas tem uma responsabilidade enorme, então as pessoas não se interessam muito (Conselheiro municipal nº 07. Segmento dos usuários do SUS. Pesquisa de Campo, 2019).

Olha, nós tentamos fazer agora, eu participei, uma assembleia itinerante lá na comunidade do Pau Rosa e na prática não tinha usuários, estávamos nós do conselho, o pessoal da gestão e assim, o conselho tem feito algumas coisas no sentido de garantir pelo menos o direito de acesso, mas a questão maior, de mudança da realidade não acontece (Conselheiro municipal nº 13. Segmento gestor. Pesquisa de Campo, 2019).

O fato de haver baixo interesse e pouco envolvimento da sociedade nos conselhos é mais um alerta para a necessidade urgente de se desenvolver um trabalho educativo na busca pela sensibilização de mais pessoas. O trabalho em parceria com os conselhos locais de saúde é importante, pois fortalece esses conselhos e incentiva a divulgação de suas ações e, apesar de os conselhos locais estarem mais próximos da comunidade, os conselhos em nível municipal e estadual não devem deixar de assumir sua parcela de responsabilidade nessa questão.

Para assumirem essa função é indispensável a capacitação dos conselheiros e o domínio não apenas da legislação da saúde, mas uma compreensão crítica de conceitos como democracia e cidadania. Muitas vezes pronunciadas de forma tão banal,

como se nada representassem, essas duas palavras carregam o peso daqueles que lutaram para que pudéssemos exercê-las hoje.

É preciso compreender o significado valioso que elas possuem e, primordialmente, entender que esta não é uma luta acabada, ao contrário, precisamos nos armar de conhecimento na tentativa de divulgar, manter e ampliar esses dois conceitos e práticas e assim, não permitir que se tornem termos meramente triviais.

Um dos principais instrumentos vinculados aos conselhos de saúde que são capazes de contribuir amplamente para essa divulgação são as conferências de saúde. Dos conselheiros entrevistados, 95% já participaram de conferências de saúde e 100% deles reconhecem a importância que esses mecanismos possuem. Como nos afirmam Escorel e Moreira (2009):

Há que se reconhecer que Conselhos e Conferências de Saúde constituem uma proposta vigorosa de distribuição de poder, assim como a existência de grandes avanços realizados no âmbito da participação social em saúde nos últimos 20 anos, comparando seja com outros setores dentro do próprio país, seja com outros países (p. 245)

Tanto quanto o espaço dos conselhos, as conferências de saúde também se caracterizam enquanto espaços contraditórios e de conflitos de interesses. Muitos dilemas são postos para debates no desenvolvimento das conferências e é evidente a necessidade de fortalecimento da sociedade civil e do controle social para que esses dilemas sejam resolvidos através de propostas que busquem sempre responder aos interesses coletivos.

Além de ser um ato de exercício democrático e de cidadania, durante as conferências, os conselheiros indicam estratégias e diretrizes nos âmbitos de saúde que devem apontar para a ampliação e aperfeiçoamento da política de saúde. Essas conferências são abertas à sociedade em geral e possuem caráter relevante no papel educativo que os conselhos possuem.

Sobre as conferências, para Madeira (2006), elas podem ser caracterizadas enquanto “[...] um debate acerca de determinada política. Contudo [...] ela vai além, já que pode ser a expressão da realidade social e se constituir como um dos instrumentos de mobilização social em torno das expressões da questão social” (p. 45). Com relação às conferências de saúde, tanto em âmbito municipal, quanto estadual e nacional, 80% dos conselheiros consideram que a sua realização possui um alto grau de relevância e apenas 20% considera como médio o nível de importância das conferências.

Reconhecer a importância desses mecanismos é um passo indispensável para a valorização do processo democrático do qual participam esses conselheiros e que encontram-se abertos para todos aqueles que tenham interesse em aprender sobre o SUS, sobre o controle social, sobre gestão democrática, democracia, cidadania, direitos sociais, entre outros. Participar de uma conferência de saúde pode ser uma porta de entrada para o despertar da consciência de novos sujeitos que podem vir a se engajar nos caminhos da participação social. Para Bidarra (2006):

Na sociedade brasileira, o conservadorismo e o autoritarismo do projeto político do neoliberalismo insurge-se contra essa jovem ‘consciência do direito a ter direitos’, atacando o precário sistema público de proteção social, pondo sobre o crivo do desmonte as políticas e os espaços políticos da sua concepção, eles também representam as diferentes conquistas dos segmentos dos trabalhadores (p. 55-56).

O sistema de proteção social brasileiro, o estabelecimento da seguridade social com a promulgação da Constituição Cidadã e as responsabilidades na prestação de serviços para com a sociedade que ela deposita sobre o Estado são conquistas que marcam a pressão da sociedade contra esse conservadorismo e autoritarismo mencionados pelo autor.

O Brasil, especialmente a partir de 2016, ganhou uma celeridade incrível em termos de avanços conservadores e autoritários. Com o governo federal conservador tomando decisões que levam em consideração apenas os interesses das elites, temos um aspecto marcante do autoritarismo. O conservadorismo, por sua vez, é uma

característica que faz parte da sociedade brasileira desde os seus primórdios, mas que hoje tem se aprofundado na tentativa de fincar suas raízes de maneira definitiva.

Todos esses fatores nos levam à necessidade de nos agarrar em cada uma das conquistas já asseguradas constitucionalmente como forma de frear os ataques do governo em sua tentativa de consolidar um Estado mínimo de direito. Assim, as conferências de saúde muito podem contribuir para defesa pela manutenção do SUS. Podemos analisar no quadro 17, o que dizem os conselheiros sobre a importância das conferências.

**Quadro 17 – Grau de importância das conferências de saúde**

Resposta do entrevistado	Justificativa da resposta
Médio	Porque assim, eu já participei de várias conferências. Tem conferência que é super bacana, mas têm conferências em que os próprios conselheiros que é para estarem lá dentro, assistindo as palestras ou mesmo palestrando, eles ficam lá fora e depois querem cobrar e nós, como conselheiros, que fazemos o controle social, a gente tem que estar lá, assistindo o palestrante e depois fazer perguntas, questionar porque se não, como a gente vai saber o que aconteceu lá dentro, se eu estava lá fora? Então, das conferências que já participei, umas duas foram ótimas, mas o restante foi uma negação (Conselheiro municipal nº 04. Segmento dos usuários do SUS).
Médio	Porque as conferências trazem a comunidade para conhecer e saber o que acontecesse lá, sobre as propostas que passam pelas esferas municipal e estadual até chegar na nacional e essas propostas, algumas são votadas, são aprovadas, mas morrem ali mesmo. As conferências são importantes, mas assim, o SUS são três segmentos, usuários, trabalhadores e gestão, só que a comunidade precisa se envolver mais porque assim, tem muitos comunitários, usuários, até mesmo gestores e trabalhadores que participam das conferências só para irem à Brasília passear e esse não é o nosso propósito. A gente precisa elaborar, votar, porque lá em Brasília é guerra e nossa delegação é pequena. No ano que eu fui para a Nacional em 2015, nós conseguimos aprovar 100%, mas foi guerra. O pessoal falava “olha, lá vêm os índios brigões”. Mas conseguimos aprovar. Então assim, tem gente que vai com propósito realmente de participar e lutar, mas outros só vão passear mesmo, tanto faz como tanto fez, não se envolvem (Conselheiro municipal nº 07. Segmento dos usuários do SUS).
Alto	As conferências são importantes porque promovem a discussão e a viabilidade das propostas e dá visibilidade aos anseios dos usuários (Conselheira municipal nº 12. Segmento gestor).
Alto	Porque nas conferências são debatidos assuntos de forma democrática, participativa em vários níveis de interesse, aberto ao público e aos seus representantes. As conferências sintetizam as ações a serem focadas, sentem as dificuldades da comunidade, ajudam organizar ideias e buscar soluções a serem levadas aos níveis de decisão (Conselheiro municipal nº 15. Segmento profissional da saúde).
Alto	São altamente importantes para que a gente proteja o SUS até que um dia o nosso país se desenvolva socialmente a ponto de que o cidadão, pelo menos a

	grande parte da população possa se manter por si só e aí poderemos ter um sistema de saúde misto em que uma parte da população pague uma parcela do custeio do tratamento para aqueles que não podem pagar a totalidade dela. Então até que a nossa sociedade consiga se desenvolver a ponto de que todo e qualquer cidadão consiga se manter de uma maneira o SUS tem que existir, a saúde pública, educação pública, segurança pública têm que existir para que o cidadão consiga ter o mínimo (Conselheiro municipal nº 10. Segmento profissional da saúde).
Alto	Porque nas conferências se discute e se tira realmente a necessidade que o povo tá precisando, mas em contrapartida os governantes não realizam o que se tira das conferências. Ali nas conferências os usuários estão mostrando o que eles sentem na pele para os representantes colocarem em prática, então ali realmente a gente vê qual é a dificuldade que o usuário tem, que o SUS está tendo e, devido os problemas que o SUS está passando, a gente vê que é muito importante, é algo que precisa ser debatido mesmo (Conselheiro estadual nº 03. Segmento dos usuários do SUS).

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

As conferências de saúde, realizadas a cada 4 anos, são reflexos das discussões, debates, lutas e das demais atividades dos conselhos de saúde. Alguns conselheiros, ao classificar seu grau de importância como médio pretendem, na verdade, destacar que, embora sejam realizadas, as deliberações e propostas ali aprovadas, mesmo em âmbito nacional, não são cumpridas, sendo as conferências realizadas como formalidades burocráticas exigidas pela legislação.

Outras duas situações sérias são apontadas. Primeiro, a falta de uma participação mais ativa nas conferências por parte de alguns conselheiros, conforme expõe o conselheiro municipal nº 04. Se o controle social não for levado a sério por aqueles que estão nas instituições que lideram o seu desenvolvimento e exercício, se torna mais difícil e mais distante a sua efetivação. Segundo, a ideia apresentada pelo conselheiro municipal nº 10 de que o SUS deve permanecer apenas enquanto a maior parte da população brasileira não tem condições de custear pelo menos uma parte do seu tratamento.

A ideia de um SUS misto retira seus princípios da universalidade e equidade, além da gratuidade. Devemos ter muito cuidado com propostas desse tipo pois, segundo ressalta Bravo e Correia (2012), “o SUS está sendo destruído com a implantação de novos modelos de gestão em nome da sua eficiência” (p. 146). Em um



país com tanta desigualdade social como o Brasil, é preciso lutar por um sistema de saúde totalmente público e universal, e não na direção contrária.

Seguindo adiante em nossa análise acerca da realidade apresentada pelos conselheiros em sua relação com as conferências de saúde, apresentamos a tabela 5, que traz o desenho dos principais assuntos debatidos nesses eventos, conforme apontados e classificados pelos entrevistados. Ressaltamos que apenas um conselheiro não havia participado de qualquer conferência de saúde e, portanto, não se sentiu à vontade para responder à esta questão.

**Tabela 5** – Principais assuntos debatidos nas Conferências de Saúde

1º lugar	Consolidação do direito à saúde
2º lugar	Política de financiamento da saúde
3º lugar	Ampliação da discussão pública com a participação da comunidade
4º lugar	Efetivação do controle social

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Todos os assuntos apresentados na tabela são de discussão obrigatória nos espaços das conferências, caso contrário, não estariam cumprindo seu papel central de defesa do SUS. Apesar de serem grandes eixos de debate, esses se subdividem em várias categorias que ampliam ainda mais a discussão democrática. Indicar que a luta pela consolidação do direito à saúde assume o primeiro lugar de debate nas conferências nos leva a refletir como essa política pública teve tantos retrocessos e por que as conferências parecem não ter muitos resultados concretizados para além da discussão.

Podemos supor, é claro, falando do Amazonas e considerando o cenário no restante do país, que o que lemos no capítulo 2 tem um peso significativo na baixa influência que essas instituições têm nos processos que envolvem as decisões mais importantes de determinadas áreas. O indicativo da falta de democracia na composição dos conselhos reflete na fraqueza e desconhecimento do controle social pela sociedade

brasileira. Em tempos de desmonte do SUS, nada mais urgente que a organização social para a sua defesa, conforme indica Dallari (1999):

Todo grupo organizado tem a possibilidade de exercer alguma influência política. Os grupos mais numerosos e mais bem organizados são, como é óbvio, capazes de exercer maior influência, podendo mesmo adquirir um peso considerável nas decisões dos partidos políticos e do próprio governo, em seus diversos níveis (p. 46-47).

Infelizmente no Brasil as classes dominantes, que possuem esse poder e influência, ainda representam os interesses que são levados em consideração pelo governo em detrimento das necessidades da grande massa da população. Mas assim como houve organização e luta pela volta da democracia a partir da década de 1970, ainda somos capazes de nos organizar a fim de reacender os princípios democráticos para que essa luta seja mantida.

Conhecer o controle social e os princípios que regem a gestão democrática na saúde é indispensável para o seu fortalecimento. Não temos muito o que comemorar nos tempos atuais quando se trata do avanço das políticas sociais. Uma grande parte da sociedade, infelizmente, só se sente compelida a protestar quando uma mudança a afeta diretamente e, na maioria dos casos, as pessoas que possuem algum tipo de plano de saúde ou conseguem arcar com despesas básicas para algum atendimento médico, não pensam no SUS como uma política que representa a única via de acesso à saúde para uma parcela ainda maior da sociedade.

O desmonte previsto para o Sistema Único de Saúde, do qual muitas medidas já foram implementadas, mostra com clareza a fragilidade marcante que ainda permeia a gestão democrática dessa política. O fato de haver a palavra “democrática” dando um significado diferencial à gestão do SUS, não significa realmente que há democracia nos processos de desenvolvimento da política. Ainda assim, é importante lembrar que, conforme Oliveira (2016):

Não há como negar os avanços obtidos na dimensão legal, a partir do reconhecimento formal do direito à saúde; no processo de descentralização, em um país com as dimensões continentais do Brasil; e na ampliação da participação social em saúde, ao considerar o número de conselhos de saúde atualmente existente nos municípios brasileiros (p. 173).

Portanto, o avanço do desmonte e a falta de democracia nesse processo não tornam a gestão democrática menos importante, uma vez que é um direito garantido pela Constituição. No momento em que perdermos esse direito, a luta ganhará uma nova dimensão e uma dificuldade ainda maior, tendo em vista o retrocesso que essa perda irá representar. Assim, precisamos ser lembrados do que é a gestão democrática e porque sua existência e fortalecimento são vitais para a consolidação do SUS. Abaixo, os conselheiros entrevistados apontam suas visões sobre a gestão democrática.

Eu costumo dizer que, assim, como a gente está falando em conselhos de saúde, a própria composição dos conselhos de saúde é uma composição que é voltada para uma gestão mais democrática, onde você tem participação de atores que englobam todos aqueles envolvidos dentro do Sistema Único de Saúde. Então temos representantes da gestão, do Estado político em si, dos prestadores de serviços, trabalhadores e profissionais da saúde e tem os usuários. Então, de certa forma, eu tenho ali uma diversificação de olhares, então por isso a ideia de dizer que temos uma gestão democrática porque, eu costumo dizer o seguinte, cada uma vai poder contribuir da sua forma e com seu olhar e, dessa forma, conseguir consolidar algo que pode ser realmente oferecido para a população (Conselheira estadual nº 01. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

A gestão democrática é quando toda a sociedade participa ativamente das decisões (Conselheira municipal nº 12. Segmento gestor. Pesquisa de Campo, 2019).

A democracia é fundamental. O tema central da nossa conferência foi democracia e saúde, eu acho que a democracia é o princípio basilar do desenvolvimento de uma sociedade. A democracia nos permite concordar e discordar de pensamentos, de pessoas, de formas, de foco e eu acho que a democracia participativa nesse aspecto do controle social é basilar para que o controle social se efetive. Como é que vai existir controle social se não existir democracia? Tirania eu acho que não é o melhor caminho. A ditadura, por mais que seja a ditadura do proletariado, não é o melhor caminho. Mas eu acho que a democracia no controle social é o “tudo” do SUS. Nós dizíamos na conferência que sem democracia não há SUS. Em um sistema autoritário não

há controle social. Por que o atual governo não quer o controle social? Porque ele acha que o controle social atrapalha, porque o conselho tem uma visão crítica do processo e acaba tendo um cuidado maior na hora de decidir alguma coisa (Conselheiro municipal nº 02. Segmento dos usuários do SUS. Pesquisa de Campo, 2019).

A gestão democrática é fazer valer muito mais aquilo que é decidido nos espaços de controle social da saúde. A gente vê que muitas vezes o gestor encara o controle social como inimigo, quando na verdade ele esquece que ele faz parte do controle social. O sistema foi tão bem pensado que o gestor é um dos segmentos que compõem o controle social, então ele não está desvinculado, ele precisa é fazer com que esse espaço produza e visualizar o controle social como parceiro, pois historicamente a gente tem uma abordagem do controle social enquanto inimigo da gestão e não deve ser isso, mas antes, um processo de aprendizado de todos, inclusive também do próprio controle social de não enxergar também a gestão como inimiga, mas fazer um trabalho em conjunto, de parceria. Então a gestão democrática é isso, é garantir que os espaços de controle social sejam respeitados, sejam ouvidos (Conselheiro municipal nº 01. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

A gestão democrática da saúde toma corpo a partir da implementação do controle social e seu tímido processo de efetivação. Representa o envolvimento da sociedade na própria administração do SUS, permitindo que esta tome parte nos processos que representam mudanças que podem vir a melhorar ou precarizar os serviços de saúde.

Embora seu significado, como afirma a conselheira municipal nº 12, seja que toda a sociedade participe ativamente da tomada de decisões, sabemos que ainda estamos longe de alcançar tal proeza. Ainda é necessário que seja reacendido na população o sentimento de luta revolucionária contra as imposições do governo, a fim de que haja de fato uma gestão democrática em que o povo possa realmente participar e que sua voz seja ouvida, como destacam os conselheiros acima, o controle social precisa ser levado em consideração. Para Souza Filho e Gurgel (2016):

A proposição da participação como eixo fundante do recurso a ser empregado numa perspectiva de gestão democrática encontra-se fundamentada no fato de que as experiências de participação articuladas a processos de mobilização e organização das classes subalternas indicam potencialidades para a construção de dinâmicas sociais que possam vir a contribuir com o desenvolvimento de

hábitos fundamentais para o processo de democratização [...] que venham a potencializar ações coletivas voltadas para a ampliação do atendimento das demandas, necessidades e interesses das classes subalternas (p. 74-75).

Os conselheiros reconhecem o valor da democracia na gestão da política pública de saúde. No entanto, seu poder de influência tem sido muito reduzido, o que caracteriza o pouco fortalecimento da própria democracia nos espaços de controle social. Embora seja dever do Estado financiar a saúde pública, a sua gestão deve ser essencialmente democrática, ou seja, o SUS precisa ser administrado de baixo para cima, em parte porque ele foi uma conquista das lutas sociais engajadas pelas classes subalternizadas e, portanto, é direito nosso fazer parte da sua gestão, mas principalmente porque a burocracia estatal tem a tendência de priorizar os interesses do mercado aumentando, assim, o riscos de privatização dos serviços de saúde.

Os conselhos de saúde, como instituições formais para o desenvolvimento do controle social, devem primar pela defesa e pelo fortalecimento de uma gestão cada vez mais democrática. Isso significa assegurar que todos os segmentos sociais que ali encontram-se representados sejam ouvidos e suas necessidades seja levadas em consideração. Logo, os conselheiros devem estar atentos para os interesses que estão sendo priorizados por essas instituições como forma de assegurar os direitos e interesses coletivos e pavimentar o caminho para o aprimoramento e fortalecimento da democracia nos espaços participativos.

### **3.4 Limites e possibilidades de atuação dos conselheiros na gestão da política de saúde no Amazonas**

Queremos iniciar esse tópico, lembrando das dificuldades que a democracia enfrenta para se concretizar nesse país. Com a transição democrática tendo se iniciado ainda na década de 1970, tivemos desde então uma democracia com ares autoritários, o que acabou contribuindo para a formação de uma democracia burguesa (SILVA, 2003) que conseguiu se perpetuar e segue se fortalecendo com o apoio do governo.

Temos vivido tempos insanos e controversos, em que se defende a volta da ditadura, bem como a disseminação de discursos de ódio às diferenças (raciais, étnicas, de gênero e sexuais) entre a população. Em meio a esse cenário, participar de forma crítica e consciente é um desafio de grandes proporções, uma vez que a sociedade encontra-se dividida, como sempre esteve, mas dessa vez com o retorno de ideais que, de fato, se constituem em ameaças concretas à democracia brasileira.

Exercer o controle social nunca foi tarefa fácil. Na política de saúde, pela amplitude do sistema, o controle social exige o domínio das legislações, normas, pactos e, acima de tudo, o compromisso pela defesa da saúde pública e universal. Além disso, o controle social demanda a capacidade de fala e de representatividade dos conselheiros de saúde, em cada um dos seus segmentos, em especial no segmento dos usuários, caso contrário ficarão à mercê das decisões do governo.

Para Lucas (1985) “a participação [...] constitui a única forma de informações a respeito do indivíduo; e tais informações tornam-se essenciais se o governo quiser saber quais são os interesses dos indivíduos” (p. 113). A questão central é: “será que o governo tem interesse em saber as nossas opiniões?” A resposta reside nas decisões que vêm sendo tomadas sem nenhum tipo de consulta pública. O último plebiscito no Brasil ocorreu em 1993 e o último referendo, em 2005<sup>32</sup>. Esses são dois mecanismos extremamente importantes para a consolidação da democracia e que são muito pouco utilizados no Brasil.

Em contrapartida temos as outras instituições de participação popular, como os conselhos, conferências, ouvidorias etc., mas que também não conseguem ter a força necessária para frear as ações do governo no desmonte do sistema de proteção social brasileiro. Na política de saúde, os conselheiros destacam as principais dificuldades enfrentadas para o exercício do controle social. Neste momento, também foram

---

<sup>32</sup> O plebiscito e o referendo são instrumentos de democracia direta. No plebiscito, a população decide sobre uma matéria antes de ela ser elaborada pelo Congresso, caso a população aprove, uma nova lei sobre determinada matéria é criada. No referendo, o Congresso apresenta para a população uma matéria já pronta e o povo decide se tal lei será aprovada ou reprovada. Caso não seja aprovada, a lei é arquivada. No Brasil, o último plebiscito ocorreu em 21 de abril de 1993, nesse dia o povo votou para determinar a forma e o sistema de governo do país. Já o último referendo, aconteceu em 23 de outubro de 2005, no qual a população votou sobre a proibição da comercialização de armas de fogo e munições.

apresentadas aos participantes algumas sugestões, as quais os mesmos classificaram conforme a frequência com que essas dificuldades surgem.

**Tabela 6** – Principais dificuldades encontradas no exercício do controle social

1º lugar	Baixa mobilização da sociedade para participar socialmente
2º lugar	Falta de conhecimento da sociedade sobre a legislação do SUS e sobre os conselhos de saúde
3º lugar	Falta de recursos financeiros para as atividades do controle social
4º lugar	Falta de motivação dos conselheiros de saúde
5º lugar	Outros (remuneração)

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Como podemos observar, a baixa mobilização social e a falta de conhecimento da sociedade formam um empate como principais fatores que dificultam a efetivação do controle social. Como já discutido em outros trechos deste trabalho, aspectos como esses são consequência da forma como os direitos políticos foram sendo adquiridos no Brasil e pela falta de uma educação política de qualidade que fosse oferecida desde a educação básica como meio para um aprendizado crítico e para o desenvolvimento de uma consciência coletiva. Segundo Dallari (1999):

[...] um sistema político só é democrático quando as decisões são tomadas com liberdade e se respeita a vontade de maioria. Ora, quando muitos se negam a participar das decisões é inevitável que a tarefa de decidir fique nas mãos da minoria, ou seja, a omissão de muitos impede que se tenha um sistema democrático (p. 24).

Queremos ressaltar aqui que, quando o autor indica que muitos se negam a participar, não está afirmando que todos têm o conhecimento necessário, mas optam deliberadamente por não se envolver, antes, o direcionamento que ele faz é que todos precisam ter consciência de que todos os dias são tomadas muitas decisões de maior ou menor intensidade que afetam a vida de muitas pessoas e, portanto, essa falta de

consciência causa uma enorme omissão da sociedade junto aos processos decisórios.

Para Lucas (1985):

A participação leva tempo, e a vida é curta. A maioria das pessoas tem seu próprio objetivo pessoal e busca sua realização, em vez de dedicar-se exclusivamente às atividades públicas. Existem coisas melhores para se fazer, na opinião da maioria das pessoas, do que participar de debates intermináveis a respeito das conveniências públicas (p. 126).

Assim, a minoria que acaba prevalecendo no poder é sempre formada pelos grupos dominantes e, enquanto essa for a realidade, serão sempre os seus interesses que terão voz. A organização social dos setores subalternizados da sociedade é vital para que os interesses da coletividade sejam ouvidos e para que a democracia participativa possa de fato estabelecer suas bases na sociedade brasileira. Sem organização não é possível se obter grandes resultados, a organização traz a força necessária para lutar por interesses comuns. Citando Dallari (1999):

[...] o povo, se for bem informado, é capaz de escolher com sabedoria os seus caminhos, de fazer distinção entre os partidos e candidatos que têm interesse pelo bem comum e aqueles que procuram as funções públicas para promover seus interesses particulares. Mas o grupo que tem o privilégio de decidir sozinho e que usa tal privilégio em seu proveito não quer o povo participante e por isso faz o possível para estimular o desinteresse (p. 85-86).

O autor então nos dá a resposta de por que não há empenho, por parte do governo, para que haja mais participação social. Da forma como vem sendo desenvolvida a participação de fato existe, mas ao mesmo tempo não avança. O direito de participar é uma vitória, mas a partir daí o Estado tem freado os seus possíveis avanços.

Esse avançar significar alcançar níveis muito mais altos de envolvimento social. Isso representa uma ameaça ao Estado, já que alcançar esses níveis implica na



diminuição do poder do governo e em uma maior capacidade dos grupos organizados de impedir suas ações e tentativas de desmonte dos direitos sociais. Os conselhos devem estar atentos para não se tornarem meras formalidades com a sensação de serem fundamentais quando, na verdade, não afetam o poder de decisão dos grupos dominantes.

Na área da saúde, portanto, os conselhos esbarram com todas essas dificuldades de um lado, e do outro com os vários desafios que se colocam diante do caminho no exercício de suas funções. Mas participar não é fácil, requer tempo, dedicação, estudo e comprometimento com a defesa em nome da democratização do SUS. Não sendo esta uma tarefa fácil, os conselheiros expõem quais os principais limites que permeiam o exercício de suas funções.

Os principais limites eu diria que são a falta de recursos financeiros, o aparelhamento de recursos humanos, condições adequadas de se trabalhar como espaço, falta de material de expediente, carro, motorista, etc. Também o recurso de diárias, como ajuda de custo para os conselheiros e também a falta de aviso sobre o poder de fiscalização do conselho e dos conselheiros (Conselheiro municipal nº 09. Segmento dos usuários do SUS. Pesquisa de Campo, 2019).

Possuir um regimento desatualizado e os ataques às políticas públicas realizados pelo governo federal (Conselheiro municipal nº 15. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

É a questão dos interesses não é? Eu acho que, como nós somos usuários, nós estamos mais livres, nós estamos mais autônomos, e eu acho que tem muita representação lá dentro que está muito ligada ao Estado e fica difícil às vezes de você se contrapor à alguma proposta que não seja em benefício da população. Acho que esse é um grande desafio porque, na verdade, quando a gente vai para dentro de um espaço desse de direito você precisa ter consciência de quem você está servindo ali dentro e aí é que está o difícil porque às vezes você se contrapor, bater de frente, discutir, sabendo que depois pode ter algum tipo de repressão é complicado (Conselheira estadual nº 02. Segmento dos usuários do SUS. Pesquisa de Campo, 2019).

Hoje o principal limite é a capacitação do conselheiro, é o conselheiro saber quais são as responsabilidades que ele tem enquanto conselheiro, a formação dele porque para que a gente possa exercer todo esse processo a gente tem que ter um nível legal e administrativo muito grande e é difícil a gente fazer isso. Outra dificuldade que o CMS tem também é a falta de assessorias específicas,

a gente precisaria ter uma assessoria jurídica, uma de comunicação, outra contábil, que nós não temos. Isso inclusive foi recomendação do Ministério Público, mas por limitações da própria gestão nós ainda não temos (Conselheiro municipal nº 01. Segmento profissional da saúde. Pesquisa de Campo, 2019).

Todas as dificuldades listadas pelos conselheiros, falta de recursos financeiros, os ataques do governo federal, o medo da repressão (não esqueçamos que a sociedade política, o governo, é coercitivo) e a necessidade de capacitação dos conselheiros, fragilizam o processo de democratização da saúde e efetivação do controle social no SUS. Embora não tornem os conselhos completamente ineficientes, os limites encontrados formam uma barreira difícil de ser transposta sem os meios necessários para que os conselhos se fortaleçam.

Ao longo de quase 30 anos essas mesmas dificuldades são sempre as que aparecem nas pesquisas sobre o controle social na saúde. Por que, durante quase três décadas, já não foram tomadas providências para que essas dificuldades fossem amenizadas ou até mesmo superadas? Silva (2003) nos ajuda com a resposta:

Não é a passividade política que preocupa os pluralistas/elitistas, mas a maior participação que pode colocar em risco a estabilidade do sistema. Nesse sentido, a estrutura do “modelo” contribui muito mais para a manutenção da apatia, em que o eleitor é chamado apenas para votar em quem se apresenta como candidato e não para participar do processo decisório. As questões importantes não são colocadas em discussão ou são disfarçadas, além de que o governo não assume responsabilidades diante do eleitorado. Ao indivíduo restaram apenas as eleições como única forma de controle sobre os líderes eleitos (p. 16).

O controle social se torna um grande aliado enquanto instrumento de controle da sociedade civil sobre o Estado. Enquanto as eleições, com toda a sua importância aqui reconhecida, tornam o processo de democratização muito restrito, o controle social ultrapassa a democracia representativa ampliando-a e tornando-a participativa. Não é à toa que as dificuldades são sempre constantes na história dos conselhos de saúde.

Essas dificuldades, recursos, capacitação, conscientização, não são apenas as características das contradições que permeiam esses espaços, mas são obstáculos que há tempos já poderiam ter sido superados. Não sendo pois do interesse do governo capacitar a sociedade para fortalecer e ampliar o envolvimento social, os conselhos seguem em sua existência, com os mesmos limites de sempre.

Um aspecto interessante na análise dos conselhos realizada nesta pesquisa foi a frágil articulação, apontada pelos entrevistados, entre o Conselho Municipal de Saúde de Manaus e o Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Levando em consideração que ambos são conselhos da mesma política pública com base na cidade de Manaus, seria fundamental que houvesse uma articulação entre as duas instituições no sentido de que ambas possam caminhar na mesma direção em defesa da democratização da saúde. No entanto, apenas 25% dos conselheiros participantes indicaram que há certa articulação entre os dois conselhos enquanto 75% afirmou que essa articulação não existe. Observemos o quadro 18 para uma melhor compreensão.

**Quadro 18 – Articulação entre CMS e CES**

<b>Resposta do entrevistado</b>	<b>Justificativa da resposta</b>
Sim	Assim, está havendo agora porque o conselho estadual estava desativado, foi reativado agora. Então tem um pessoal da SUSAM que faz parte do nosso conselho, o próprio secretário de saúde do estado hoje sempre palestrou nos nossos eventos (Conselheiro municipal nº 07. Segmento dos usuários do SUS).
Não	Porque assim, falando por mim, tirando uma conselheira estadual que eu conheço de outro ambiente de trabalho, eu não tenho contato com ninguém do conselho estadual. A primeira coisa é, não conversamos entre nós. O conselho municipal não participa junto ao conselho estadual e o conselho estadual não participa junto ao conselho municipal, é difícil uma atividade que a gente participe juntos. Segundo que, apesar de as finalidades dos conselhos serem iguais, cada um no seu âmbito, eu acredito que os interesses sejam bastante distintos e eu acredito que muitos daqueles que estão ali, e isso é uma opinião pessoal, estão ali para prestar um favor para o governo. Tipo, eu voto contigo e tu me consegue alguma coisa. Então no conselho municipal havia isso e foi por isso que houve a intervenção do Ministério Público e no conselho estadual também tinha isso e, na minha opinião, continua tendo (Conselheiro municipal nº 10. Segmento profissional da saúde).
Não	Olha, nesses dois anos que eu estive no conselho estadual, apesar de existir conselheiros que tinham assento nos dois conselhos, que aliás não poderia haver e isso foi um dos critérios para a atuação do Ministério Público, eu não via uma boa relação entre os dois conselhos, não via uma relação próxima entre conselho municipal e conselho estadual, nem nas estratégias, nas

	políticas de trabalho, nem na parte de comunicação em si. Algumas raras exceções quando havia algum evento ou uma pré conferência de saúde, algo assim (Conselheira estadual nº 01. Segmento profissional da saúde).
Não	Existe representação do segmento estadual no municipal, porém está longe de haver articulação, algo mais consolidado e com ampla interação (Conselheiro municipal nº 15. Segmento profissional da saúde).

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Como observamos, o baixo nível de diálogo e articulação entre essas duas instituições acaba se tornando mais uma dificuldade para a efetivação do controle social. Como ressalta o conselheiro nº 10, as finalidades dos conselhos, tanto na esfera municipal quanto na estadual, devem ser as mesmas, ou seja, são órgãos do controle social, que devem fiscalizar a implementação e o desenvolvimento da política de saúde no Amazonas, favorecendo o envolvimento da população nesse processo, bem como na construção e execução dessa política.

Já sabemos que os conselhos são espaços conflituosos e são muitos os interesses que ali são discutidos, por isso mesmo uma articulação de forma mais aprofundada seria valorosa para qualificar ainda mais as ações dos conselhos. O trabalho em parceria certamente seria mais enriquecedor para o fortalecimento dos processos democráticos na saúde. Conforme afirma Raichelis (2006):

[...] para disputar criativamente o sentido e a direção das políticas sociais e democratizar a gestão pública, a articulação entre os conselhos, nas três esferas governamentais, é tarefa fundamental. E os desafios são grandes! [...] é preciso viabilizar caminhos e alternativas que não sejam pontuais e esporádicos, mas que construam efetivamente um agenda de articulação. Para isso, o papel das organizações e movimentos que compõem a representação da sociedade civil nos conselhos é crucial (p. 112-113).

É preciso ultrapassar mais essa barreira e os conselheiros têm papel fundamental nesse processo. Manter o diálogo e a articulação, excluindo qualquer sentimento de rivalidade e disputa entre os conselhos não é fácil e, embora os grupos organizados da sociedade civil busquem, muitas vezes, interesses semelhantes, esse espaço não deixa de ser um espaço de lutas, conforme ressalta Chauí (2006):

A sociedade civil é concebida como campo das lutas dos interesses particulares ou individuais [...], como espaço de desigualdades naturais superadas ou reiteradas pelas desigualdades sociais [...]. Por ser campo de lutas e de desigualdades, a sociedade é o lugar da manifestação dos conflitos econômicos e dos conflitos de opinião entre os participantes, numa forma belicosa de coexistência ditada pelos interesses (p. 278-279).

Naturalmente que, sendo os conselhos formados também pela sociedade civil, o nível de disputa e conflito de interesses é elevado nesses espaços. E, embora o sistema de produção capitalista torne essa disputa inevitável e contraditória, os conselhos precisam estar firmados nos ideais de defesa para os quais foram criados.

Quando há articulação, diálogo e união entre os conselhos, há também o fortalecimento dessas instituições e de seus atores sociais. Portanto, promover ações em conjunto, como capacitações de forma contínua e manter um nível de comunicação através de trocas de experiências exitosas são alternativas que podem ser vislumbradas e colocadas em prática por ambas as instituições.

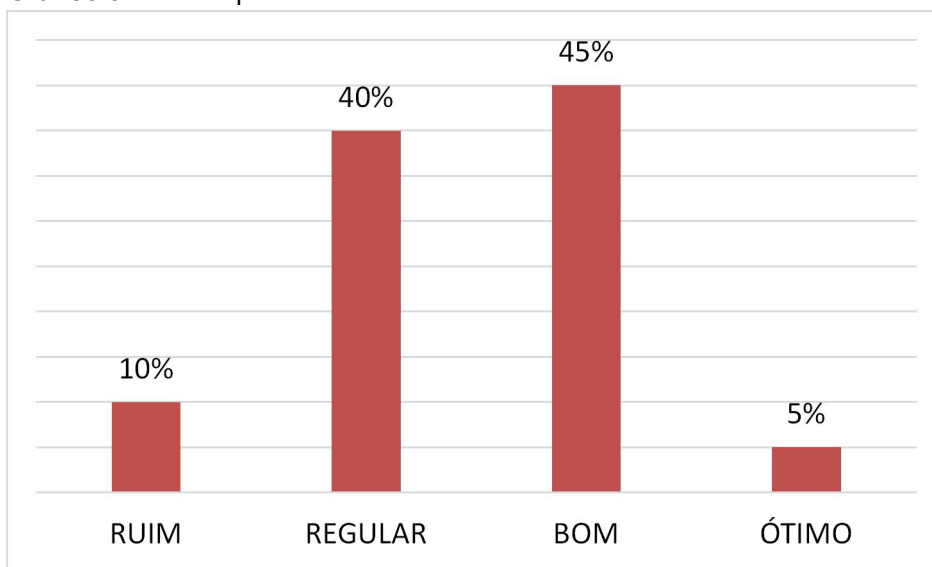
Para Bidarra (2006) “[...] os membros dos conselhos gestores precisam manter a aposta política na construção de espaços públicos e democráticos” (p. 48). Quanto mais inter-relacionados esses conselhos estejam, acreditamos que são maiores as chances de fortalecimento da democracia, pois enriquecerá o debate e pode colocar em destaque na mesa de discussões assuntos de interesse da coletividade.

Os conselhos, afinal, não podem esquecer que seu papel primordial é defender o SUS através de uma gestão democrática e participativa. É preciso, assim, superar todo esse individualismo que ainda é tão presente na sociedade brasileira e que adentra os espaços democráticos de decisão.

Diante dessa função principal e do cenário atual em que se encontra a saúde no estado do Amazonas, cabe sempre questionar de que forma os conselheiros avaliam o desempenho das instituições que representam. O bom desempenho dos conselhos é um critério indispensável para reforçar a credibilidade dessas instituições e pode aumentar as chances para que os conselhos realmente exerçam uma influência maior nas decisões do governo. Um bom desempenho reflete uma boa organização social

dentro dos conselhos e indica que há um consenso na defesa de interesses comuns. O gráfico 5 nos ajuda a visualizar essa informação.

**Gráfico 5 – Desempenho dos conselhos de saúde**



**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

Ter um bom desempenho também significa que os conselhos têm conseguido se fazer ouvir diante do governo e seu envolvimento tem alcançado os diversos níveis de participação na política de saúde, quais sejam, planejar, implementar, executar, fiscalizar e avaliar. Sem um desempenho razoável, os conselhos ficam, como outras instituições de controle democrático, à mercê das decisões governamentais e se tornam sempre mais enfraquecidos na defesa do Sistema Único de Saúde. O quadro 19 apresenta os depoimentos de alguns conselheiros entrevistados.

**Quadro 19 – Desempenho dos CES e CMS**

Resposta do entrevistado	Justificativa da resposta
Ruim	Eu acho que precisa ter um maior preparo. Eu acho que as pessoas que estão lá precisam estudar, falta capacitação dos conselheiros, tanto dos conselhos locais quanto dos conselhos estadual e municipal (Conselheira estadual nº 04. Segmento profissional da saúde).
Regular	A atuação não tem sido muito decisiva e conseguido direcionar ou interferir nas ações já definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (Conselheiro municipal nº 15. Segmento profissional da saúde).
Regular	Porque é uma atuação muito limitada a do conselho municipal de saúde,

	faltam recursos e as solicitações feitas à secretaria municipal de saúde são sempre postas em dificuldades por falta de recursos (Conselheiro municipal nº 09. Segmento dos usuários do SUS).
Bom	Eu considero boa a questão da atuação do conselho, porque ele tem estrutura, essa renovação realizada pelo MP foi muito importante, o conselho se preocupa em capacitar os conselheiros para saberem qual a função do conselheiro dentro dos conselhos porque muitas vezes a pessoa toma posse e não sabe qual é a sua função, então hoje eu vejo que o conselho está tendo essa preocupação de capacitar o conselheiro para que ele saiba a questão da fiscalização, saber que o conselho é deliberativo, que ele precisa aprovar os planos e o financiamento para a saúde. Então eu classifico como boa a iniciativa do conselho nesse aspecto, não estou dizendo que vai melhorar 100%, mas o conselho está trabalhando para que a saúde realmente funcione (Conselheira municipal nº 05. Segmento dos usuários do SUS).
Bom	Olha, uma auto crítica porque eu acho que a gente precisa ser bem realista, eu acho que o Conselho Municipal de Saúde de Manaus ainda tem uma atuação, eu vou colocar boa, porque a gente meio que pacificou a situação em relação ao processo de judicialização, mas ainda temos um passivo muito grande tanto nas consequências do que aconteceu no ano de 2017 quanto na capacitação dos conselheiros, eu acho que o trabalho que a gente vem fazendo por enquanto é de apagar incêndio, mas a gente tem ainda muita coisa pela frente, eu tenho muita esperança que no próximo ano a gente consiga ter conselheiros mais capacitados, mais voltados para o real trabalho e responsabilidade dos conselheiros (Conselheiro municipal nº 01. Segmento profissional da saúde).

**FONTE:** Pesquisa de Campo, 2019.

A atuação dos conselhos, embora haja uma disputa entre as classificações regular e boa, ainda tem muito o que avançar em termos de ampliação da participação na política de saúde e capacitação dos conselheiros. Sem um bom preparo e a capacidade crítica de compreender as decisões que não primam pelos interesses da população, os conselhos acabam reduzidos à função de apenas aprovar documentos já elaborados sem a participação dos conselhos. Para Almeida e Tatagiba (2012) “no que se refere à fase de planejamento da política, a influência do conselho é muito reduzida, sendo seu dever avaliar e aprovar (ou não) as propostas governamentais” (p. 88).

Embora os conselhos sejam em si instituições capacitadoras pelas funções que são ali desempenhadas, é preciso aprofundar e ir muito além disso. Se os conselheiros, principalmente no segmento dos usuários, não possuem o conhecimento exigido acerca da legislação da saúde e das competências dos conselhos, fica mais difícil a sua intervenção nas decisões da gestão.

É importante também que os conselheiros conheçam a história dos direitos sociais no Brasil, a história do próprio SUS é indispensável para compreender sua magnitude e relevância na história de conquistas das classes subalternas. É necessário estar atento para o fato de que, conforme Almeida e Tatagiba (2012) indicam de maneira sensata “a legitimação da qualidade da representação exercida pelos atores sociais nos conselhos e o fortalecimento dessa instituição junto à sociedade requerem a fomentação da participação dos cidadãos e da sociedade civil” (p. 79).

O SUS tem sido ameaçado constantemente e vem sendo desmontado com o pretexto de que os novos modelos de gestão o tornarão melhor e farão com que o acesso aos serviços de saúde ocorra de forma mais justa. É preciso um posicionamento urgente da sociedade e dos conselhos de saúde contra esses ataques, uma vez que vão contra tudo aquilo defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e fere os princípios constitucionais que amparam um SUS universal e gratuito, completamente custeado pelo Estado.

Infelizmente, os conselhos ainda não possuem a capacidade de interferir realmente nas decisões do alto escalão governamental que vem atacando o SUS. Nem em nível local, os conselhos têm sido capazes de frear ou impedir ações de corrupção envolvendo recursos para a saúde. No Amazonas, podemos afirmar que os processos democráticos nos conselhos começaram com um atraso de quase 30 anos, como constatado através da intervenção do Ministério Público.

Apesar das dificuldades e dos muitos desafios que os conselhos precisam enfrentar, é importante salientar o quão significativas essas instituições são para o aprofundamento da democracia brasileira. O fato de terem passado por mudanças e intervenções que visam caracterizá-los ainda mais como espaços para o debate democrático não deixa de fortalecê-los como canais de participação social. Sua existência e manutenção são fundamentais para a democratização da saúde e para o exercício da cidadania e, portanto, tem sua parcela de contribuição para a transformação social.

Assim, os conselhos, a partir dessa nova roupagem democrática com que foram revestidos, têm pela frente os mesmos desafios de antes que até então não foram



superados ou minimizados. Resta agora, para a nova gestão democrática em cada um desses conselhos, encarar esses desafios e buscar efetivar o controle social como via de fortalecimento da cidadania e ampliação da democracia no Amazonas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política pública brasileira de saúde, desde a sua conquista enquanto política que compõe a seguridade social tem percorrido um longo caminho repleto de lutas e desafios tendo em vista que, em 30 anos, podemos observar claramente as contradições que se fazem presente no processo democrático, contribuindo sobremaneira para a lentidão na efetivação da saúde como de fato foi proposta pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Levamos em consideração que a democracia brasileira não renasceu a partir do completo e total fim do regime ditatorial, que vigorou por 20 no país, mas a partir de uma abertura política e uma transição lenta e gradual que, por sua vez, se deu em decorrência da movimentação e articulação social. Dessa forma, conseguimos perceber como a organização social é fundamental para o processo de ampliação e, quem sabe, consolidação de uma democracia que ultrapasse os aspectos representativos e alcance de fato a participação e o envolvimento da sociedade nos processos decisórios do governo.

Quando falamos em estado ampliado nesta pesquisa, significa que a sociedade não deve ser entendida como algo separado do Estado, mas sim como parte dele. Não nos enganamos a ponto de pensar que o governo oferece essa abertura por reconhecer que a sociedade tem direito de estar envolvida nas decisões que afetarão a todos. Sabemos que esse governo coercitivo (sociedade política nas palavras de Gramsci), compreende que é necessário ceder e conceder abertura à sociedade civil de tempos em tempos, pois necessita dela para manter e sustentar o sistema capitalista de produção.

Os estudos apontam que os momentos em que o governo concede abertura à sociedade são aqueles em que esta se encontra mais organizada e articulada. Portanto, a organização social está longe de ser desnecessária, ao contrário, ela é item fundamental e indiscutivelmente valioso para a consolidação da cidadania e fortalecimento da democracia no país.

Na política de saúde, a participação social tem sido mais necessária do que nunca. Conquistado de baixo para cima, o Sistema Único de Saúde, além de não ter alcançado e efetivado a universalidade tão almejada, vem sendo defasado e desintegrado à medida que novas propostas de gestão se estabelecem disfarçadas de melhorias e cobertas com uma falsa capa de justiça e equidade social.

Não podemos negar os avanços representados pela implementação do controle social na política de saúde, todavia, sua implementação não tem significado necessariamente a democratização dos serviços de saúde. Com o desmonte que temos assistido, o SUS corre um perigo iminente que ameaça constantemente sua existência e nos coloca à mercê de um retrocesso que aponta para o retorno de uma política de saúde na qualidade de seguro e não mais de seguridade social.

Com a iniciativa privada assumindo um papel central na área da saúde, é urgente que os mecanismos que atuam em sua defesa se articulem e se posicionem, assumindo o protagonismo no cenário atual que busca coagir e inibir a participação e envolvimento social. Os conselhos de saúde, portanto, não devem assumir apenas um papel burocrático de existência. Eles devem ser, antes de tudo, os maiores defensores da saúde pública, assim como incentivadores da participação social e exercício da democracia.

Nessa pesquisa, pudemos vislumbrar um pouco do desenvolvimento do controle social na política de saúde em Manaus. Não foi nossa intenção apresentar aqui um conhecimento pronto e acabado, uma vez que acreditamos que o conhecimento está sempre em processo de construção. Como toda pesquisa social, estamos longe de ter resultados absolutos, mas conseguimos vislumbrar alguns aspectos do controle social que perpassam a saúde no Amazonas.

Os conselhos de saúde, mesmo com todas as dificuldades, têm mantido sua existência e a realização das conferências e, embora não tenha sido possível observar uma ampliação consistente do exercício democrático dentro ou fora dessas instituições, a sua existência e realização de atividades garantem que as raízes da democracia ainda estão fincadas na política de saúde pública no Amazonas.

Apesar de o controle social ser tema constante (não poderia ser diferente dada a natureza dos conselhos e conferências) nas conferências de saúde, não conseguimos visualizar um avanço significativo para além da discussão e debate. Não pretendemos renegar a importância do debate, ao contrário, consideramos uma vitória que, diante de tantos ataques, ainda podemos discutir o controle social como caminho para a ampliação da democracia e consolidação da cidadania. Porém, é importante também lembrar que, para além da discussão e do debate, são necessárias ações que busquem a viabilização do exercício democrático e da cidadania.

O processo de judicialização e a intervenção do Ministério Público mostram o quanto o controle social no Amazonas esteve fragilizado ao longo de quase 30 anos, mas também mostram as travessias que essa conquista democrática tem atravessado em direção ao seu aprofundamento e consolidação.

Os resultados mostram que, dentro dos conselhos, o segmento dos usuários, apesar de representarem 50% da sua composição, ainda constitui o segmento mais enfraquecido e menos esclarecido do conjunto. O baixo nível de capacitação dos conselheiros e a falta de conhecimento da população, somados ao sentimento de inércia que parece se perpetuar em nossa sociedade, ainda constituem grandes barreiras à efetivação de um controle realmente democrático.

É importante ressaltar também que 45% dos conselheiros entrevistados apontam como as principais dificuldades na efetivação do controle social, a baixa mobilização da sociedade juntamente com a falta de conhecimento desta acerca do SUS e suas legislações, bem como da própria existência dos conselhos de saúde. Esse dado indica o quanto ainda é necessário um trabalho mais aprofundado na divulgação das atividades dos conselhos na busca por uma maior sensibilização da sociedade.

Tomamos também como um importante aspecto a falta de interesse ou de retorno dos conselheiros em participar desta pesquisa. Enquanto pessoas de interesse público, vemos como uma de suas responsabilidades a divulgação do trabalho realizado no papel de conselheiros de saúde, assim como o esclarecimento das dificuldades encontradas e dos desafios que são postos e impostos diariamente para a concretização do controle social.

Apesar de muitos conselheiros compreenderem o SUS como uma conquista da grande massa da sociedade brasileira, não há hegemonia dentro desses espaços quanto ao modelo de SUS defendido e, embora saibamos que os conselhos são espaços conflituosos, em que vários interesses são ali expostos e defendidos, é importante que o SUS proposto na Constituição seja defendido por todos visando sua manutenção e defesa. Quando isso não acontece, o SUS se torna ainda mais vulnerável às medidas impostas pelo governo.

Diante do exposto, notamos que os conselhos ainda têm um longo caminho a ser percorrido se conseguirem assegurar sua existência em tempos de governos tão neoliberais quanto os de hoje, que buscam desacreditar e calar a sociedade, na tentativa de restringir a democracia no país. A organização e o fortalecimento da sociedade são pontos cruciais não apenas para a defesa do Sistema Único de Saúde, mas para aumentar as chances de frear as tentativas do Estado de retirar direitos em todas as áreas sociais, como vem acontecendo.

Com um cenário de precarização constante em todas as políticas públicas, se organizar é um desafio. Na saúde, os conselhos possuem um papel importante, o de divulgar e buscar conscientizar aqueles que ainda não conhecem as formas de participar e de se posicionar a favor do SUS. Portanto, devem assumir essa responsabilidade com o vigor e o compromisso que lhes cabe.

## REFERÊNCIAS

ABRAMO, L. **O resgate da dignidade:** greve metalúrgica e subjetividade operária. Campinas SP. EDITORA da UNICAMP. São Paulo. Imprensa Oficial, 1999.

ALMEIDA; Ney Luiz Teixeira. ALENCAR, Mônica Maria Torres. **Serviço Social:** trabalho e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2011.

ALMEIDA, Carlos. TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade.** n. 109. jan/mar. São Paulo: Cortez, 2012.

ALVAREZ, Marcos César. **Controle Social** – notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em perspectiva, 18(1): 168-176, 2004.

AMAZONAS. Lei nº 3.202 de 20 de dezembro de 2007. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2008.

AMAZONAS. Lei nº 3.334 de 26 de dezembro de 2008. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2009.

AMAZONAS. Lei nº 3.473 de 29 de dezembro de 2009. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2010.

AMAZONAS. Lei nº 3.571 de 23 de dezembro de 2010. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2011.

AMAZONAS. Lei nº 3.697 de 26 de dezembro de 2011. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2012.

AMAZONAS. Lei nº 3.845 de 26 de dezembro de 2012. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2013.

AMAZONAS. Lei nº 3.978 de 26 de dezembro de 2013. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2014.

AMAZONAS. Lei nº 4.109 de 22 de dezembro de 2014. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2015.

AMAZONAS. Lei nº 4.269 de 15 de dezembro de 2015, alterada pela Lei nº 4.411, de 30 de dezembro de 2016. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2016.

AMAZONAS. Lei nº 4.420 de 30 de dezembro de 2016. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2017.

AMAZONAS. Lei nº 4.540 de 29 de dezembro de 2017. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2018.

AMAZONAS. Lei nº 4.745 de 31 de dezembro de 2018. Estima a Receita e fixa a despesa do Estado para o exercício financeiro de 2019.

AMAZONAS. Ministério Público do Estado. 58ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos à Saúde Pública. Ação Civil Pública com Pedido de Liminar. 2019.

BARBOSA, Maria Artemisa. **Desigualdades regionais e Sistema de Saúde no Amazonas**: o caso de Manaus. Dissertação (Mestrado). Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES. Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BIDARRA, Zelimar Soares. Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, XXVII n. 88. São Paulo: Cortez, 2006. p. 41-58.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e Democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BOSCHETTI, Ivanete. **Impactos da Reforma do Ensino Superior para a formação do Assistente Social**: desafios para a ABEPSS. Temporalis. Brasília. Valci, 2000, ano 1, n. 1 - jan/jun 2000, p. 81-97.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em 27 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em 27 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)> Acesso em 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Serviço Social e Sociedade.** n. 88. São Paulo: Cortez, 2006, a.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth. et. al. (org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** Abepss/OPAS, 2006, b.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (orgs.). **Política Social e Democracia.** 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. CORREIA, Maria Valéria. Desafios do Controle Social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade.** n. 109. jan/mar. São Paulo: Cortez, 2012

CAMPOS, Edval Bernardino. Assistência social: do controle ao descontrole social. **Revista Quadrimestral de Serviço Social.** Ano XXVII – n. 88 – Novembro, 2006.



CARDOSO, Franci Gomes. **Perspectiva das classes Subalternas nas sociedades capitalistas**: reafirmação do projeto histórico dessas classes. Em Debate – Revista do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio 2005. 2: não paginado. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7755/7755.pdf>> Acesso em 12 ago 2018.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 19 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 11 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: TEIXEIRA, Marlene [et al.] (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 111-138.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e Sociedade. In: Fleury, Sonia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (orgs.) **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

COSTA, Vanda Maria Ribeiro. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, Maria Inês Souza. PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. (orgs.) **Política Social e Democracia**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de. Controle Social em Saúde: o caso do Pará. **Serviço Social e Sociedade**. n. 109. São Paulo: Cortez, 2012.

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

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 22.ed. Atualizada. São Paulo: Saraiva, 2001.

DEMO, Pedro. **Cidadania pequena**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001 (Coleção Polêmicas do nosso tempo; 80).

\_\_\_\_\_. **Participação é conquista:** noções de política social participativa. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Cuidado metodológico:** signo crucial da qualidade. Sociedade e Estado. Brasília, v. 17, n. 2, p. 349-373, jul./dez. 2002.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade Civil e Democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOREL, Sarah. MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury, Sonia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (orgs.) **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Revista Serviço Social & Sociedade**, XXVII n. 88. São Paulo: Cortez, 2006. p. 59-74.

FREITAS, Cecília Maria Alves de. **A trajetória de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde no município de Manaus.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2003.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 32).

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raúl de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IBGE, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil>> Acesso em 30 dez. 2018.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica Formal e Lógica Dialética.** (Tradução de Carlos Nelson Coutinho). 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LUCAS, John Randolph. **Democracia e participação**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985. (Coleção Pensamento Político).

MACHADO, Loiva Mara de Oliveira. **Controle Social da Política de Assistência Social** – caminhos e descaminhos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MACHADO, Loiva Mara de Oliveira. **Sociedade Civil e Esfera Pública: A participação social em debate**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MADEIRA, Kátia Regina. **As Conferências Municipais de Assistência Social de Florianópolis como instrumento de planejamento da Política de Assistência Social em âmbito local**. 2006, 177 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MANAUS. Lei nº 1.303, de 23 de dezembro de 2008. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2009. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 30 de dezembro de 2008.

MANAUS. Lei nº 1.398, de 28 de dezembro de 2009. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2010. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 28 de dezembro de 2009.

MANAUS. Lei nº 1.545, de 30 de dezembro de 2010. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2011. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 30 de dezembro de 2010.

MANAUS. Lei nº 1.622, de 30 de dezembro de 2011. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2012. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 30 de dezembro de 2011.

MANAUS. Lei nº 1.709, de 04 de janeiro de 2013. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2013. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 04 de janeiro de 2013.

MANAUS. Lei nº 1.750, de 16 de julho de 2013. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2014. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 17 de julho de 2013.

MANAUS. Lei nº 1.947, de 19 de dezembro de 2014. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2015. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 19 de dezembro de 2014.

MANAUS. Lei nº 2.076, de 29 de dezembro de 2015. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2016. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 29 de dezembro de 2015.

MANAUS. Lei nº 2.200, de 06 de janeiro de 2017. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2017. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 06 de janeiro de 2017.

MANAUS. Lei nº 2.293, de 03 de janeiro de 2018. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2018. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 03 de janeiro de 2018.

MANAUS. Lei nº 2.386, de 02 de janeiro de 2019. Estima a Receita e fixa a Despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2019. *Diário Oficial do Município*. Manaus, 02 de janeiro de 2019.

MANAUS. **Lei Delegada nº 12, de 31 de julho de 2013**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, suas finalidades e competências, fixa seu quadro de cargos comissionados e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, Manaus, 31 de julho de 2013.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. Textos Filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2004. (Coleção Marx & Engels)

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008. (Mundo do Trabalho)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/.../8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)> Acesso em 30 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia?abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia?abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)> Acesso em 30 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../sus\_az\_garantindo\_saude\_municipios\_3ed\_p1.pdf> Acesso em 26 jan. 2019.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana; PERUZZO, Juliane Feix. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade.** São Paulo: Cortez, 2012.

MONTAÑO, Carlos. DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social)

NERY, Vanderlei Elias. **Diretas Já: a busca pela democracia e seus limites.** In: Simpósio Lutas Sociais na América Latina, IV., Londrina, 2010. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/18836/pdf>. Acesso em 10 ago. 2018.

NETTO, José Paulo. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal.** São Paulo: Cortez, 1993.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, Andréia de. A Dimensão da Participação Social no Sistema Único de Saúde: As contradições observadas no discurso das normativas e orientações governamentais. In: NEVES, Angela Vieira. (org.) **Democracia e Participação Social: desafios contemporâneos.** Campinas: Papel Social, 2016.

OLIVEIRA, Priscila Nolasco de. Democracia e Participação Social: a Experiência do Orçamento Participativo no Distrito Federal. In: NEVES, Angela Vieira. (org.) **Democracia e Participação Social: desafios contemporâneos.** Campinas: Papel Social, 2016.

PAGANINI, Juliana. **A cidadania participativa no Conselho Municipal de Assistência Social de Criciúma-SC no contexto da Política Nacional de Assistência Social.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas e questões**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2016-2019. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Manaus, Amazonas.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Serviço Social e Sociedade**. Ano XXVII. N.85. São Paulo: Cortez, 2006.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

REIMÃO, Sandra. "**Proíbo a publicação e circulação...**" - censura a livros na ditadura militar. *Estud. av.*, São Paulo, v. 28, n. 80, p.75-90, abr. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010340142014000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142014000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 ago. 2018.

REIS, Ademar Arthur Chioro et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 22 (4): 1045-1054, 2017.

REIS, Daniel Aarão. **Ditadura e democracia no Brasil: do golpe de 1964 à Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2008. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Manaus, 2010.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. *Serv. Soc. Rev. Londrina*, v. 14, n.2, p. 04-22, jan./jun. 2012, a.

SALVADOR, Evilasio. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: SALVADOR, Evilasio. et. al. (orgs.) **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Cortez, 2012, b.

SCHWEICKARDT, Cesar et al. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. (Série Saúde & Amazônia)

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: **Revista Saúde Coletiva**. N. 17(1). Rio de Janeiro, 2007 p. 29-41.

SEMSA. **Histórico**. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao/>> Acesso em 05 jan. 2019.

SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e participação na Reforma do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção Questões da Nossa Época).

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci - sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 2 ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez: 1999.

SOARES, Giselle Silva. Entre o projeto de modernidade e a efetivação da democracia: marcas deixadas na construção da vida social brasileira. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 109. Cortez, 2012.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. GURGEL, Claudio. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**. São Paulo: Cortez, 2016. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social)

SUSAM. **Competências**. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/institucional/competencias.php>> Acesso em 05 ja. 2019.

TOURAINÉ, Alain. **O que é a democracia?** 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

WEFFORT, Francisco. **Qual democracia?** São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

## **APÊNDICES**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E**  
**SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**



**Título:** Os caminhos do Controle Social – uma análise da trajetória desenvolvida nos espaços dos conselhos estadual e municipal de saúde do Amazonas

**FORMULÁRIO PARA CONSELHEIRO ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019 Formulário nº \_\_\_\_ Local de aplicação \_\_\_\_\_

**1) - IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 Nome:** \_\_\_\_\_

**1.2 Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**1.3 Endereço:** \_\_\_\_\_

**1.4 Telefone:** \_\_\_\_\_ **1.5 E-mail:** \_\_\_\_\_

**1.6 Idade:**

- |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| ( ) Menor que 21 anos | ( ) 40 a 44 anos            |
| ( ) 21 a 24 anos      | ( ) 45 a 49 anos            |
| ( ) 25 a 29 anos      | ( ) 50 a 55 anos            |
| ( ) 30 a 34 anos      | ( ) 56 a 60 anos            |
| ( ) 35 a 39 anos      | ( ) Acima de 60 anos: _____ |

**1.7 Estado Civil:** ( ) Solteiro/a ( ) Separado/a  
( ) Casado/a ( ) Viúvo/a  
( ) União estável ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
( ) Divorciado/a

**1.8 Nível de Escolaridade:**

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ( ) Não alfabetizado/a            | ( ) Ensino médio incompleto    |
| ( ) Alfabetizado/a                | ( ) Ensino médio completo      |
| ( ) Ensino fundamental incompleto | ( ) Ensino superior incompleto |
| ( ) Ensino fundamental completo   | ( ) Ensino superior completo   |
|                                   | ( ) Outros: _____              |

**1.9** ( ) Conselheiro Municipal de Saúde  
( ) Conselheiro Estadual de Saúde

**1.10 A qual segmento pertence:**

( ) Usuário  
Entidade representativa: \_\_\_\_\_

( ) Profissional da saúde / Função: \_\_\_\_\_  
Entidade representativa: \_\_\_\_\_

( ) Representante do governo

Cargo: \_\_\_\_\_

Entidade representativa: \_\_\_\_\_

**1.11 Possui filiação partidária:**

( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não.

**2) – SAÚDE E CONTROLE SOCIAL**

**2.1 Quantas vezes você já foi conselheiro de saúde?**

Quantidade	Tempo (anos)
( ) 1 vez	
( ) 2 vezes	
( ) 3 vezes	
( ) mais de 3 vezes	

**2.2 Você já participou de alguma capacitação para conselheiro de saúde?**

( ) Sim. Como foi? \_\_\_\_\_

Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**Em uma escala de 1 a 5, classifique as questões abaixo conforme seu grau de prioridade. (1: 1º lugar / 2: 2º lugar / 3: 3º lugar / 4: 4º lugar / 5: 5º lugar)**

**2.3 São competências do Conselho Estadual de Saúde (Somente para conselheiro estadual de saúde):**

( ) Controlar a execução da política de saúde no estado;

( ) Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS no Amazonas;

( ) Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população;

( ) Garantir o acesso a todos os usuários do SUS;

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2.4 São competências do Conselho Municipal de Saúde: (Somente para conselheiro municipal de saúde)**

( ) Garantir que os princípios do SUS sejam cumpridos;

( ) Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS no município;

( ) Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população;

( ) Contribuir para que toda a população conheça o SUS;

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2.5 Principais atividades desenvolvidas no Conselho Municipal/Estadual de Saúde?**

- ( ) Reuniões mensais;
- ( ) Visita e monitoramento dos serviços de saúde;
- ( ) Ações de mobilização da sociedade para o exercício do controle social;
- ( ) Planejamento das conferências municipais/estaduais de saúde;
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2.6 Principais assuntos discutidos nas reuniões do Conselho Municipal/Estadual de Saúde?**

- ( ) Fiscalização e controle dos gastos da saúde;
- ( ) Política de Recursos Humanos do SUS;
- ( ) Relatório de gestão;
- ( ) Fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS;
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2.7 A partir da sua experiência como conselheiro de saúde, descreva o que você entende por controle social.**

---

---

**2.8 Em sua opinião, a participação social tem favorecido a política de saúde?**

- ( ) Sim      ( ) Não      Por quê?

---

---

**2.9 Com relação às dificuldades enfrentadas para o exercício do controle social, classifique de 1 a 5 (na qual 1 representa a mais frequente e 5 a menos frequente), conforme a frequência com que essas dificuldades se manifestam:**

- ( ) Baixa mobilização da sociedade para participar socialmente;
- ( ) Falta de conhecimento da sociedade sobre a legislação do SUS e sobre os conselhos de saúde;
- ( ) Falta de recursos financeiros para as atividades do controle social;
- ( ) Falta de motivação dos conselheiros de saúde;
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2.10 Que estratégias o Conselho Municipal/Estadual de Saúde tem desenvolvido para a efetivação do controle social?**

---

---

**2.11 Quais são os principais limites que o Conselho Municipal/Estadual de Saúde encontra no exercício de suas funções?**

---

---

**2.12 Na sua opinião, existe uma articulação entre Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde?**

( ) Sim. De que forma se dá esse diálogo?

---

---

( ) Não. Por que não existe diálogo?

---

---

**2.13 Você já participou de alguma Conferência Municipal/Estadual de Saúde?**

( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) Não. Por quê?

---

---

**2.14 Em sua opinião, as conferências de saúde são importantes?**

( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) Não. Por quê?

---

---

**2.15 Em sua opinião, qual o grau de importância das conferências de saúde?**

( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto Por quê?

---

---

**2.16 Em uma escala de 1 a 5, classifique os principais assuntos debatidos nas Conferências Municipais/Estaduais de Saúde (1: 1º lugar / 2: 2º lugar / 3: 3º lugar / 4: 4º lugar / 5: 5º lugar)**

- ( ) Consolidação do direito à saúde;
- ( ) Política de financiamento da saúde;
- ( ) Ampliação da discussão pública com a participação da comunidade;
- ( ) Efetivação do controle social;
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**2.17 A partir da situação da saúde em Manaus, como você classifica a atuação do Conselho Municipal/Estadual de Saúde?**

- ( ) Ruim    ( ) Regular    ( ) Boa    ( ) Ótima

Por quê?

---

---

**2.18 O que você entende por gestão do SUS?**

---

---

**2.19 O que você entende por gestão democrática?**

---

---

**2.20 Uma das competências dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde é fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS no Estado e no município. Como você classifica essa atribuição?**

- ( ) Muito importante      ( ) Pouco importante  
( ) Importante              ( ) Não importante

Por quê?

---

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E  
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**



**Título:** Os caminhos do Controle Social – uma análise da trajetória desenvolvida nos espaços dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde do Amazonas

**Roteiro de Entrevista – Ministério Público do Estado do Amazonas**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

1. Inicialmente, o que provocou a intervenção do MPE junto ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus?
2. E o que levou o MPE a intervir também junto ao Conselho Estadual de Saúde?
3. Existe um esquema de controle, por parte de um grupo, dos conselhos estadual e municipal?
4. Os indícios de corrupção e “mensalinho” chegaram a ser confirmados?
5. De que forma ocorriam os esquemas de perpetuação nos cargos de conselheiros de saúde?
6. Na visão do MPE os dois conselhos estavam articulados nesses esquemas?
7. De acordo com as investigações do MPE, por que os conselhos não estavam cumprindo suas atividades de fiscalização da execução dos serviços de saúde?
8. Diante dessa situação, pode-se dizer que a fiscalização do orçamento público destinado à saúde no Amazonas, estava ou está ainda comprometida?
09. A partir das investigações e dos resultados obtidos pelo MPE, a situação crítica da saúde no Amazonas pode ter relação com a ineficácia dos conselhos?
10. Tendo em vista que essa situação já ocorria há bastante tempo, quais hipóteses podem ser levantadas para que o caso não tenha sido denunciado antes?
11. Em minhas visitas ao Conselho Estadual de Saúde, não consegui ter acesso aos relatórios de todas as conferências estaduais. Essa inacessibilidade pode estar relacionada às causas que levaram à intervenção do MPE?
12. Tendo em vista que os conselhos são órgãos do controle social, quais caminhos poderiam ser tomados para uma mudança desse cenário e para que possa haver, de fato, um controle social democrático?
13. De que forma o Ministério Público avalia a execução das atividades dos conselhos?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E  
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o(a) senhor(a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado: **Os caminhos do controle social – uma análise da trajetória desenvolvida nos espaços dos conselhos estadual e municipal de saúde do Amazonas** de responsabilidade da pesquisadora Suzane Pessoa Aires, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS da Universidade Federal do Amazonas – UFAM e sob orientação da professora Dra. Hamida Assunção Pinheiro. A presente pesquisa tem por objetivo geral **analisar de que forma vem se consolidando a efetivação do controle social no Amazonas, no âmbito dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde de Manaus, destacando as dinâmicas de participação social para a viabilização do direito à saúde.** Quanto aos objetivos específicos, a pesquisa pretende **verificar as discussões empreendidas sobre o controle social nos espaços das conferências estaduais e municipais de saúde de Manaus no período de 2010 a 2019; caracterizar a organização e o funcionamento dos conselhos de saúde na esfera municipal e estadual, enfocando os desafios para a efetivação do controle social na saúde e examinar a visão dos sujeitos sociais envolvidos – conselheiros de saúde – acerca do desenvolvimento do controle social na saúde, seus limites e suas possibilidades de atuação.** O(a) senhor(a) foi escolhido(a) por ser conselheiro municipal/estadual de saúde enquanto representante do governo, representante dos trabalhadores da saúde ou usuário. É importante que saiba que sua participação pode contribuir para que a comunidade acadêmica e a sociedade de um modo geral conheçam a composição e o funcionamento dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e também as contribuições que seu efetivo funcionamento oferecem para a melhoria dos serviços de saúde. O(a) senhor(a) tem todo o direito de não responder a qualquer pergunta que for feita, caso não queira ou não se sinta à vontade. Além disso, é livre para permitir ou não que a entrevista seja gravada. É importante que o(a) senhor(a) saiba que toda investigação científica oferece riscos aos sujeitos envolvidos, e esta pesquisa não é diferente. De acordo com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, item II, ponto 22, caso haja danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, a pesquisadora responsável deverá reparar o dano ou ressarcir o prejuízo do sujeito. Desse modo, caso seja identificado que a pesquisa prejudicou de alguma forma o(a) senhor(a), você poderá receber indenização, ou, conforme o caso, poderá ser encaminhado para serviços de apoio, tais como: psicologia, serviço social, médico e outros que se fizerem necessários, sem qualquer ônus. Cabe mencionar ainda que, caso o(a) senhor(a) ou seu acompanhante tenham alguma despesa com alimentação, transporte e outras em função da pesquisa, estas devem ser ressarcidas pelo pesquisador responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas seu nome não será divulgado, sendo guardado em sigilo. Se o(a) senhor(a) concordar em participar, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual será impresso e assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o(a) senhor(a). Para qualquer informação, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com as pesquisadoras pelos telefones: (92)98119-5091/(92)991526088; e-mails: [suzanepessoa@gmail.com](mailto:suzanepessoa@gmail.com) ou [hamida.assuncao@gmail.com](mailto:hamida.assuncao@gmail.com) ou pessoalmente na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, situada à Avenida General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 - Coroado. Se tiver alguma observação sobre as condições éticas da pesquisa, pode entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UFAM, localizado na Rua Teresina, nº. 495, Adrianópolis, Manaus-Amazonas, telefone (92) 3305 1181, ramal 2004, e celular 99171-2496, ou pelo e-mail [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com).

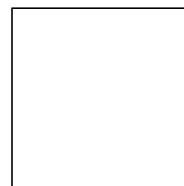
## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha contribuição, e entendi a explicação. Assim, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não serei pago (a) e que tenho o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento. Tenho ciência de que esta pesquisa pertence à área das Ciências Sociais e que não envolve qualquer risco previsível à minha vida, à minha saúde ou à saúde de outros participantes ou pessoas próximas. Porém, caso haja qualquer problema, as pesquisadoras informaram que devem reparar o prejuízo.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável



Impressão  
dactiloscópica



## **ANEXOS**



SEMSA

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS  
Av. Professor Nilton Lins, 3259, Bloco D  
Parque das Laranjeiras  
Manaus/AM – CEP: 69.058-030  
www.manaus.am.gov.br

ANUÊNCIA nº 10/2019 – ESAP/SEMSA

Manaus, 1º de março de 2019.

### TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

**TÍTULO:** “OS CAMINHOS DO CONTROLE SOCIAL – UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DESENVOLVIDA NOS ESPAÇOS DOS CONSELHOS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE DO AMAZONAS”


**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Suzane Pessoa Aires


**PROFESSOR ORIENTADOR:** Hamida Assunção Pinheiro

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

O Pesquisador está devidamente orientado:

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
2. Que o desenvolvimento da pesquisa deverá ocorrer sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
3. Que esta autorização é voluntária podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimento sobre o projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido ou até mesmo ser revogada;
4. Que a execução do projeto terá seu início somente após **APROVAÇÃO** por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares;
5. Que deverá solicitar **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**, emitida pela Escola de Saúde Pública de Manaus/SEMSA.

  
**Arlete Lima Simões**  
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação  
NUPES/ESAP/SEMSA

  
**Suzane Pessoa Aires**  
Pesquisador (a) Responsável

864.821.652-49  
CPF

11/03/2019  
DATA



MANAUS

SEMSA

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS  
Av. Professor Nilton Lins, 3259, Bloco D – Parque  
das Laranjeiras  
Manaus/AM – CEP: 69.058-030  
www.manaus.am.gov.br

AUTORIZAÇÃO Nº 037 /2019 – ESAP/SEMSA

Manaus, 08 de agosto de 2019.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:


<b>Título:</b>	OS CAMINHOS DO CONTROLE SOCIAL – UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DESENVOLVIDA NOS ESPAÇOS DOS CONSELHOS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE DO AMAZONAS		
<b>Pesquisador Responsável:</b>	Suzane Pessoa Aires		
<b>Professor Orientador:</b>	Hamida Assunção Pinheiro	<b>Instituição:</b>	Universidade Federal do Amazonas
<b>Período de Realização:</b>	12/03/2018 a 31/03/2020	<b>Local da pesquisa:</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>Nº do Parecer:</b>	3.489.054	<b>Comitê de Ética em Pesquisa:</b>	Universidade Federal do Amazonas
<b>Atores Envolvidos:</b>	Conselheiros Municipais de Saúde.		

O Pesquisador se compromete:

1. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
5. Apresentar os resultados a esta Secretaria, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas.

Salientamos que esta autorização deferida pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada.

  
**Arlete Lima Simões**  
 Chefe de Núcleo de Pesquisa, Extensão  
**Arlete Lima Simões**  
 NUPES/ESAP/SEMSA  
 Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação  
 NUPES/ESAP/SEMSA

  
 Suzane Pessoa Aires  
 Pesquisador(a) Responsável

864.821.652-49  
 CPF

Manaus, 04.09.19  
 Local / Data

Manaus, 16 de abril de 2019.

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "OS CAMINHOS DO CONTROLE SOCIAL - UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DESENVOLVIDA NOS ESPAÇOS DOS CONSELHOS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE DO AMAZONAS", nas dependências da sede da Secretaria de Estado de Saúde, sob a orientação do(a) Prof(a). Drª. Hamida Assunção Pinheiro, desenvolvida por **SUZANE PESSOA AIRES**, para realização de Projeto de Pesquisa a ser apresentado como exigência para finalização do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pela Universidade Federal do Amazonas.



**VANESSA LIMA DO NASCIMENTO**  
Secretária Executiva





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS CAMINHOS DO CONTROLE SOCIAL - UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DESENVOLVIDA NOS ESPAÇOS DOS CONSELHOS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE DO AMAZONAS

**Pesquisador:** SUZANE PESSOA AIRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15968519.0.0000.5020

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências Humanas e Letras - ICHL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.489.054

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 06 de Agosto de 2019

---

Assinado por:

**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
(Coordenador(a))