

30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre!

**REIVENTANDO A PARTICIPAÇÃO NO SUS:
O CONTROLE SOCIAL EM DEFESA DA
DEMOCRACIA E DO DIREITO À SAÚDE**



Participação Social & Políticas Públicas



editora redeunida

Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde.
30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre!

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

NÚCLEO DE COORDENAÇÃO

Coordenadora:

Tiana Brum de Jesus

Segmento Trabalhadora em Saúde

Conselho Regional de Serviço Social - CRESS/RS

Vice-coordenadora:

Ana Paula de Lima

Segmento Trabalhadora em Saúde

Conselho Distrital de Saúde Leste

Coordenadores adjuntos:

Alfredo Elenar Rodrigues Gonçalves

Segmento Usuário

Central Única dos Trabalhadores - CUT/RS

Maria Inês Bothona Flores

Segmento Usuária

Conselho Distrital de Saúde Leste

Nídia Maria Andrade de Albuquerque

Segmento Usuária

Conselho Distrital de Saúde Restinga

Waldir José Bohn Gass

Segmento Usuário

União das Associações de Moradores de Porto Alegre - UAMPA

Fernando Ritter

Segmento Governo

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

ENDEREÇOS E CONTATOS:

Avenida João Pessoa, 325 - 90040-000 - Porto Alegre/RS

(51) 3289.2847 - (51) 3289.2848 - (51) 99186.6669 (WhatsApp)

cms@portoalegre.rs.gov.br - www.portoalegre.rs.gov.br/cms

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe:

Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).

Ardigò Martino (Università di Bologna, Itália).

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

Isabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil).

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil).
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial:

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Organizadores:

Ana Paula de Lima

Frederico Viana Machado

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Marisa Martins Altamirano

Vania Roseli Correa de Melo

Capa:

Katia Camargo de Oliveira

Diagramação:

Katia Camargo de Oliveira

Revisão de português e normas:

Johann Heyss

Financiamento:

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre



editora
redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R364

Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde - 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre! / Organizadores: Ana Paula de Lima; Frederico Viana Machado; Maria Letícia de Oliveira Garcia; Marisa Martins Altamirano; Vania Roseli Correa de Melo – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.
257 p. (Série Participação Social e Políticas Públicas, v. 18).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-122-9

DOI 10.18310/9786554621229

1. Conselhos de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política Pública. 4. Políticas de Controle Social. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

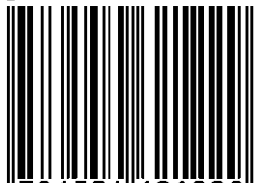
NLM WA 541

CDU 614.29

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde - 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre!

ISBN 978-65-5462-122-9



9 786554 621229 >



A PARTICIPAÇÃO SOCIAL É PARA PRODUZIR INÉDITOS VIÁVEIS PARA A SAÚDE E PARA A DEMOCRACIA: HOMENAGEM À CAMINHADA DE 30 ANOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Alcindo Antônio Ferla

Em primeiro lugar, quero expressar minha enorme alegria em participar do livro que comemora os 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e agradecer a generosidade do convite. A história do Conselho me constituiu como profissional de saúde, como gestor e como professor e pesquisador da Saúde Coletiva. Estar na publicação que comemora seu aniversário é também reencontrar parte da aprendizagem que tive na convivência com as pessoas que o protagonizaram ao longo desse período e no período imediatamente anterior à criação formal, na elaboração das suas agendas e bandeiras ao longo dos 30 anos de sua existência, na compreensão da condição histórica e social da produção da saúde e da vida - texturas que a minha formação médica, naquele período, não fornecia - e que tornaram bem significativa a proximidade com os espaços de participação social na saúde e demais políticas públicas na minha trajetória até hoje. Mais do que a aprendizagem que as conexões com o percurso do Conselho Municipal de Saúde produziram em mim, a história do CMS Porto Alegre me lembra a força da participação social na saúde, nas políticas públicas, no engendramento da democracia viva e na produção de “inéditos viáveis”, conforme nos ensinou Paulo Freire¹. Talvez seja esse conceito do nosso internacionalmente conhecido e estudado educador popular que nos ajuda a compreender de forma mais densa o “efeito” da participação social nas políticas de saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS) e,

¹ FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 62. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

em especial, do nosso Conselho. Não é apenas para os sistemas de saúde “funcionarem melhor” que servem os conselhos e as conferências de saúde; é para que eles funcionem como Sistema Único de Saúde (SUS), para que seus processos descentralizados, como diz a Constituição Brasileira. Ou seja, fazer os sistemas de saúde funcionarem diferente do que funcionam é justamente a função primordial de um conselho de saúde, já que a vida e a democracia mostram fragilidades em todos os tempos, quanto mais neste tempo de necropolítica que vivemos, onde a ação de certos representantes governamentais propaga a morte de pessoas e coletividades que não compartilham suas ideias e interesses. A ação política da participação é fundamental para reorientar as políticas e práticas no interior de sistemas locais de saúde. Para ser SUS, os sistemas e as práticas no interior das redes e serviços que os compõem precisam se movimentar de modo cotidiano, interagindo com o que está em cada território e mobilizar avanços necessários, como nos mostrou a pandemia de covid-19, por exemplo. Diferente de um protocolo assistencial que traduz o que há de conhecimento biomédico disponível para aquele problema de saúde bem específico, a integralidade no SUS precisa andar permanentemente e abraçar todas as pessoas, em todos os momentos das suas vidas e em cada território. Nos territórios onde a vida e a saúde são produzidas, sempre há novidades, novas necessidades e contextos diferentes para compreender e interagir. A integralidade em saúde não cabe em protocolos e requer escuta ao cotidiano e participação o tempo todo. É fundamental que os fazeres da gestão e da atenção tenham a capacidade de se deixar atravessar pelas vozes da participação, do contrário as asfixiamos enquanto pessoas e cidadãos.

O CMS de Porto Alegre traz em sua história essa marca de duvidar do que se diz sobre o contexto desde fora dele, de esse esforçar para fazer novos possíveis a cada tempo, aquecendo as vidas e incluindo novas pessoas e novas questões, retomando aquelas que ficaram para trás sem solução adequada. Lembro-me bem das lutas contra a terceirização dos serviços, que vem de longa data, enfatizando que saúde não é mercadoria, e a forma com que

ela se mantém atual, por exemplo. Li dia desses um artigo² e duas notícias^{3,4} bem enfáticas sobre os efeitos da monetarização do cuidado, que piorou muito o desempenho do sistema de saúde inglês, tão famoso pela universalidade e pelas formas de organização. Ou sobre a defesa intransigente da atenção básica em saúde como política estratégica, como porta de entrada principal e como ordenamento do cuidado para evitar a desassistência das pessoas nos diferentes territórios, e como essa iniciativa se mostrou relevante para enfrentar o desmonte da Política de Atenção Básica em Saúde do SUS e, em particular, para enfrentar a pandemia no cotidiano dos territórios. Ana Paula Lima está no Conselho Nacional de Saúde, na Câmara Técnica de Atenção Básica, compartilhando a defesa das iniciativas locais. O CMS de Porto Alegre é uma máquina de produzir inéditos viáveis, de superar obstáculos e de fazer novas saúdes - portanto, de aprender com o cotidiano, uma vez que a condição que Paulo Freire chamou de “inédito viável” requer construção de pensamento sobre questões e alternativas que não estão sendo pensadas e mobilizar forças para que o que não parecia possível entre em cena. Fico muito feliz que o nosso conselho já há algum tempo faça de sua aprendizagem também uma forma de gerar e compartilhar novos conhecimentos sobre os fazeres do controle social. A generosidade de compartilhar o conhecimento é um dos recursos civilizatórios de que precisamos para tornar o SUS mais presente no cotidiano. Por isso quero citar um episódio da história do CMS, que se antecipou à legislação brasileira e tornou possível pensar numa descentralização radical do sistema de saúde no Brasil.

A imagem do inédito viável acompanha o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre de forma bem visível, antes mesmo de ser criado como conselho com base na legislação pós-Constituição de 1988. Naquele momento,

²Filippon, Jonathan et al. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 8 [Acessado 11 Agosto 2022], e00034716. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034716>.

³Outras Palavras. Como a “austeridade” devastou a Saúde inglesa. Por Felipe Munhoz Martins, publicado em 18/06/2020. <https://outraspalavras.net/eurocentrismoemxeque/como-a-austeridade-devastou-a-saude-inglesa/>

⁴Observador. Privatização de serviços de saúde britânicos associada à redução da qualidade dos cuidados. <https://observador.pt/2022/06/30/privatizacao-de-servicos-de-saude-britanicos-associada-a-reducao-da-qualidade-dos-cuidados/>

a descentralização da saúde era apenas um conceito abstrato, uma vez que ainda vigorava a divisão da saúde pública e da medicina previdenciária, a separação entre promoção e prevenção da saúde e assistência e as demais características do sistema de saúde anterior ao SUS que a reforma sanitária procurou contornar. Naquele período, a engenharia institucional nem de longe conseguia implementar soluções para a enorme fragmentação entre as ações, o orçamento e a capacidade física e tecnológica herdada do então denominado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), sobretudo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), do Ministério da Saúde e dos governos estaduais e municipais. Importante lembrar que foi somente em 1993, por meio da Lei Federal nº 8.689, que o INAMPS foi extinto formalmente e seu espólio designado ao SUS, mesmo que ainda hoje não tenha sido completamente concluído o repasse patrimonial, e o modo de pensar a saúde nos corredores do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde ainda esteja muito próximo daquele que estava vigente na autarquia.

Contudo, não vem ao caso revisar essa história com demasiada precisão, apenas demonstrar que em 1988 havia um embrulho institucional significativo que acenava, no máximo, para o reforço da autoridade sanitária federal e dos estados. Pois foi exatamente em setembro de 1988 que os movimentos sociais e moradores do complexo Glória/Cruzeiro/Cristal ocuparam o Pronto Atendimento da Vila Cruzeiro (PACS) para exigir melhores condições de atendimento. O movimento precipitou a municipalização das ações do Pronto Atendimento, até então vinculado ao sistema de medicina previdenciária. Ou seja, a participação social precipitou uma ação política e institucional que somente se materializou em maior escala no Brasil a partir de 1990, com as leis orgânicas da saúde. O inédito viável é aqui ilustrado pelo desencadeamento da municipalização da saúde, que se deu a várias mãos pelos movimentos sociais na saúde, que tinham raízes fortes no território do agora Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e que mobilizavam também a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), na qual se germinava o movimento instituinte que viria a ocupar o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Lembro-me de

depoimentos de enorme intensidade que foram documentados naquele momento e em anos subsequentes, que buscaram lembrar o episódio⁵, como de Bete Freitas, Humberto Scorza, entre muitos outros, inclusive Maria Letícia Garcia, que com muito boas companhias liderou as iniciativas de recuperar essa memória nas décadas seguintes. O inédito se viabiliza também, é importante registrar, pela aprendizagem coletiva e pelo compartilhamento do que se produz em cada local.

Produzir e disseminar conhecimentos dos fazeres do controle social na perspectiva das pessoas que exercem a participação de modo cotidiano é fundamental. Estamos familiarizados com estudos sobre a participação e o controle social que dizem das distâncias entre uma harmônica atuação entre essas instâncias e a gestão e a organização do trabalho em saúde. A imagem da harmonia é falsa e inadequada; o que temos são tensões cotidianas e estruturantes, que tentam descolar o modelo de organização do trabalho de gestão e de atenção predominante até hoje para produzir o SUS. É oportuno lembrar, para não seguir o descarte do real pela abstração do conhecimento sem o corpo do cotidiano, que essa é uma batalha ainda em curso e muitas vidas se perderam nesse percurso. Não há espaço para romantismos, somente para a boa luta cotidiana. Por isso comemoro também a produção deste livro, mais um nascido da experiência do CMS Porto Alegre e posto em circulação pelo mundo. Este volume compõe uma série editorial na Editora Rede Unida chamada Participação Social & Políticas Públicas, voltada para a disseminação de produções do controle social feitas na perspectiva dos atores e atrizes que o protagonizam no cotidiano e, portanto, não prioriza olhares estrangeiros sobre a participação. A série busca fortalecer essa perspectiva pouco frequente nas publicações sobre participação e controle social, que também é inédito viável, como procurei demonstrar até aqui.

Vem sendo atualizada nas últimas décadas certa racionalidade entranhada em muitos estudos sobre o controle social segundo a qual sempre haveria

⁵SIMPA. Sindicato dos Municípios de Porto Alegre. Ato celebra 30 anos da ocupação do Pacs e aniversário do SUS. 14 de setembro de 2018. Disponível em: <https://simpa.org.br/ato-celebra-30-anos-da-ocupacao-do-pacs-e-do-sus/>

uma única forma correta e verdadeira de fazer a gestão das políticas públicas, assim como o cuidado. Fomos nos acostumando a enxergar, por trás de um indicador adequadamente calculado ou conceito teórico bem formulado, uma verdade inequívoca. Bem, a ciência eticamente produzida sempre desvela alguma questão que estava oculta, mas a realidade é mais complexa do que o olhar de cada área de conhecimento da ciência moderna. Há um problema quando uma verdade da ciência ou uma prática profissional nela embasada perde a capacidade de escuta ao cotidiano, já que isso tende a gerar déficits de qualidade da saúde de pessoas ou coletividades e de funcionalidade das instituições. A escuta ao cotidiano não é a projeção de conhecimentos ou interesses sobre os fazeres reais, mas a identificação e alteridade com questões que muitas vezes estão nos territórios há muito mais tempo do que os conhecimentos oficiais. Um bom exemplo são os saberes tradicionais e ancestrais, que são bastante anteriores à ciência moderna, e que expressam verdades mais longevas do que aquelas produzidas por pesquisadores e especialistas contemporâneos. Se os fazeres oficiais são incapazes de dialogar com os saberes tradicionais, há um déficit evidente. Já há produções⁶ relevantes que alertam para essa problemática dos estudos sobre o controle social, que tem como efeito a colonização das práticas e dos fazeres por lógicas que não compreendem o inédito viável como resultado. E que desconsideram a potência da participação no cotidiano. Ao fazer isso, essas iniciativas também tiram a potência da participação, constringendo a institucionalidade a desconsiderá-las.

Não há como evitar uma pausa para explicitar um fenômeno que acompanha a humanidade há tempos e que emergiu com força na pandemia: o negacionismo. Os pregadores do negacionismo à ciência não têm como objetivo compreender o alcance da verdade de cada pesquisa ou avanço científico. Eles simplesmente negam que haja qualquer avanço e substituem a ciência

⁶Machado, Frederico Viana, Ferla, Alcindo Antônio, Baptista, Gabriel Calazans, Nicoli, Maria Augusta, & Pellegrino, Vincenza. (2020). Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do community lab na Itália. *Revista Psicologia Política*, 20(49), 735-750.

Recuperado em 09 de agosto de 2022, de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&tlng=pt.

pelo interesse estratégico de certos grupos, que repetem inverdades à exaustão na expectativa de que se tornem verdades. A repetição irrefletida não produz verdades, somente náusea, violência e morte. Trata-se de uma postura genocida que nos demonstrou o poder de letalidade não apenas pelas mortes evitáveis na pandemia de covid-19, mas também pela mortalidade por doenças já sob controle, com a redução drástica da cobertura das vacinas. Logo, fazer uma crítica à pretensão universalizante da ciência não é o mesmo que assumir a perspectiva negacionista. É certo que não há nos estudos predominantes sobre o controle social qualquer intenção de desmontar a participação. O que está sendo apontado é que deve haver um modelo de pensamento que se associa à ideia de que a vida se organizaria melhor se fosse completamente dependente do conhecimento que já está disponível. Diferentemente disso, a evidência do cotidiano nos mostra fartamente que o diálogo é melhor do que a colonização dos conhecimentos e práticas.

Madel Luz⁷ nos alertava, já faz certo tempo, sobre o efeito dos “modelos teóricos ideais” no pensamento ocidental moderno, que gera um esgotamento da capacidade de produzir inovações. A teoria nos leva a desenhar situações abstratas que respondem ao conhecimento disponível em cada momento e isso nos dá a sensação falsa de que basta desenhar um caminho direto de onde estamos até esse lugar ideal e tudo estará resolvido. A professora Madel, com sua generosidade muito particular, aponta que “modelos ideais” exigem condições ideais, as quais nunca estão disponíveis, tornando esse modelo de abstração uma forma de tautologia, ou seja, um movimento de “perseguir o próprio rabo”, conforme o dito popular. Mas a professora Madel, que estudou e ajudou a produzir uma das vertentes mais proficuas da Saúde Coletiva no Brasil e em outros países do continente americano, nos indicava que - ao contrário de pensar a vida desde a saúde pública, a epidemiologia ou outras disciplinas acadêmicas - pensar essa

⁷Luz, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde e Sociedade [online]. 2009, v. 18, n. 2 [Acessado 10 Agosto 2022], pp. 304-311. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.

temática desde a concepção de saberes e práticas da saúde coletiva significava estranhar os saberes disciplinares pelo confronto das diferentes disciplinas (o movimento interdisciplinar) e entre a racionalidade das ciências e as lógicas das práticas no interior dos sistemas de saúde. Ou seja, o conhecimento necessário para avançar continuamente em cenários de grande complexidade como na saúde é, ao mesmo tempo, produzido por tensões interdisciplinares e entre os saberes e as práticas que atuam no cotidiano. Poderíamos aqui reencontrar o conceito de trabalho vivo em ato, que é a “alma” dos sistemas e redes de atenção à saúde, como nos ensinou Emerson Merhy⁸. O trabalho da participação social é agenciar encontros, tornar audíveis e visíveis os segmentos populacionais invisibilizados e suas dores, dar eco e denunciar os fascismos que se conectam cotidianamente e exterminam vidas, seja pela falta de vacinas ou negativa de atendimento, mas também mostrar e “contaminar” o pensamento da gestão e dos serviços com os saberes tradicionais, ancestrais e dos territórios. Repito, não há integralidade da atenção se não houver diálogos entre saberes oficiais e saberes dos territórios.

Ora, a produção da professora Madel e do professor Merhy, que nos acompanha desde os anos 70 e 80, nos ajudou a compreender que o desenvolvimento do trabalho na saúde se dá também como aprendizagem no cotidiano da atenção, da gestão, da participação e do ensino, para usar a metáfora do quadrilátero da saúde, que tem como potência abrir o pensamento para travessias de fronteira⁹, para a inovação, ou, retomando a metáfora freiriana, engendrar inéditos viáveis. Não avançaremos para um SUS de verdade sem intensa participação social. Para a gestão, assim como para a atenção à saúde, o acúmulo da burocracia e da tecnocracia não bastam para produzir as saúdes que precisamos no cotidiano. Precisamos atravessar as fronteiras tecnoburocráticas e alcançar mais saúde e mais democracia, pois sem democracia não há saúde, e sem saúde não há democracia. Por isso é necessária a participação

⁸Merhy, Emerson Elias. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

⁹Ceccim, Ricardo Burg e Ferla, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2008, v. 6, n. 3 [Acessado 10 Agosto 2022], pp. 443-456. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.

social, que não apenas representa a população como um todo, no sentido estatístico do termo, mas requer a inclusão de todos os setores, mesmo que minoritários. Se no território há um quilombo ou um assentamento, é importante que as pessoas que os compõem estejam priorizadas nos espaços de participação para que sejam inseridas as diversidades populacionais, culturais e humanas do território na formulação das análises e das políticas. Importam mais as singularidades e as iniquidades do que a tradução matemática da estrutura populacional, que sempre trazem combinações problemáticas na sua representação.

Aqui abro um parêntese para precisar essa ideia e contar como aprendi a perceber as homogeneizações opressoras que o pensamento nos induz a fazer e para registrar como aprendi a compreender a participação social não apenas como fato político, mas também como fato cognitivo, como aprendizagem significativa. Por volta do fim da década de 1980 e começo da de 1990 Maria Luiza Jaeger era secretária municipal de saúde e, numa reunião da CIMS (já ativando um forte devir CMS), estávamos discutindo o plano de aplicação de recursos da secretaria. Exercício de pura aprendizagem, já que não era comum fazer isso em lugar algum e não havia uma boa técnica para fazê-lo: fazíamos para aprender como se podia fazer. Em dado momento, a conselheira Bete Freitas, da combativa Comissão de Fiscalização, pede destaque para o item de despesas com “peito de frango” da planilha de compras do HPS, alegando ser um gasto desnecessário e inoportuno, e que com peito de frango só se produz um caldo ralo e ruim. Freitas questiona o motivo de não comprar frango inteiro, se o objetivo é fazer sopa para as pessoas internadas. Eu, trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde e estudante de medicina, me choco com essa tensão, enxergando um abismo intransponível entre um e outro argumentos. Maria Luiza, humanista e aprendiz em tempo integral, pede a interrupção da discussão e sugere a criação de um grupo de trabalho para aprofundar as discussões sobre a planilha orçamentária, uma vez que havia divergências sobre o custo e o modo de utilização dos materiais e insumos, como no exemplo do peito de frango. Passada uma semana, a discussão

retornava com o seguinte relato: o grupo da nutrição do HPS apresentava mudanças no cardápio para tornar as refeições mais gostosas, e Bete informava que desistia da sugestão, pois havia verificado as condições de processamento de alimentos no HPS e estas inviabilizavam a produção de alimentos mais adequados aos hábitos alimentares dos usuários - não sem antes confessar que, no exercício, havia compreendido melhor o que pretendíamos dizer com os parâmetros de valores médios para justificar quantidades e gastos: disse a conselheira que “se o consumo médio por família é de dois frangos por semana, a minha parcela se perde toda vez que minha patroa serve quatro frangos numa refeição da sua família!”. O “combo” matemático da tecnoburocracia esvazia o debate sobre os modos de viver a vida e, sobretudo, torna homogêneas diferenças iníquas. A denúncia realizada por Bete Freitas no episódio repercute no meu tímpano até hoje, ainda mais quando vejo tentativas de colocar a diversidade da vida em cada território numa representação formal e abstrata que aperta e constrange pessoas e culturas e dilui as adversidades e iniquidades às quais as pessoas são submetidas pelo modo como a sociedade se organiza. Participação social é educação permanente em saúde de forma intensiva e cotidiana, senão vira burocratização e tecnificação do cotidiano. Ou, como nos tempos que vivemos, uma instituição que se envolve nos aspectos formais da institucionalidade para oprimir as pessoas em nome de interesses estranhos à saúde e ao bem-estar de indivíduos e coletividades.

Outras mediações epistêmicas e políticas foram produzidas no episódio relatado no parágrafo anterior e nos sucessivos debates, mostrando que as tensões entre a tecnoburocracia e a lógica da participação sempre escondiam verdadeiros tesouros para inovar o fazer cotidiano. A situação que me volta à memória tem uma intensidade ímpar: a tensão entre os conhecimentos da nutrição e os saberes populares sobre a produção de alimentos tornava visível dois polos de uma questão que respingava para todos os lados. As planilhas orçamentárias eram incompreensíveis, os argumentos técnicos eram demasiado herméticos para produzir inovações, a qualidade do cuidado deixava visíveis déficits (por excesso de formalidade ou por insuficiência de condições

objetivas de fazê-lo), as condições reais de trabalho nos serviços de saúde eram excessivamente resguardadas da população para permitir interferências na sua organização.... Enfim, o ritual da participação ficava atenuado pelo abismo que a formalidade não apenas traduzia, mas impunha. Lembro-me que a situação gerou uma aliança forte entre trabalhadores de saúde e usuários para tomar a defesa da política de saúde de forma muito intensiva. E tivemos um período bem profícuo de inovações, com híbridos de saberes e fazeres. A tensão inicial, bem acolhida, permitiu um patamar de avanços enorme que se embasou na aprendizagem recíproca. A educação permanente em saúde se exercia ali, ainda sem esse nome. Em cada reunião da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT) ou da Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que participo hoje, fico pensando nessas memórias para formular uma proposição que qualifique a formação dos profissionais ou as estratégias de organização do trabalho e proteção dos trabalhadores da saúde. Aliás, é importante registrar que a educação permanente em saúde e a defesa da ciência e da formação adequada dos trabalhadores da saúde, também são pautas permanentes do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, mesmo em tempos de esvaziamento da gestão.

Poderia relembrar muitas histórias e narrar o quanto acompanhar a origem e o seguimento dos trabalhos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre me ensinou a ser o que sou. Mas não posso seguir sem comemorar também as companhias que compõe esse livro. Que alegria reencontrar aqui tantas pessoas relevantes para a história, para o cotidiano e para nossas lutas cotidianas em tempos tão sombrios. Conheço pessoalmente cada uma das autoras e dos autores que seguem esse texto e, sem exceções, admiro a consistência e a coerência com que fazem do seu trabalho cotidiano, na atenção, na gestão, na participação e no ensino/pesquisa, uma luta pela democracia e pela emergência de novas saúdes. Arquitetos e arquitetas de inéditos viáveis que tornam a vida mais suave e nossas lutas – sempre há boas lutas que chamam as pessoas libertárias e humanistas, como nos ensinou Olívio Dutra

nesse percurso de mais de 30 anos – mais capazes de transformar o mundo. Portanto, se é para transformar o mundo, é aprendizagem significativa, como nos disse Paulo Freire. Talvez seja por isso que o submundo da nossa sociedade lhe tenha tanto ódio. Mas, como nos ensinou a poesia do Quintana, “eles passarão” e nos caberá, ainda outra vez, sermos passarinhos da liberdade e da democracia.

Minha homenagem a cada uma das inumeráveis e insubstituíveis pessoas que tornaram o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre essa força vital para nossa saúde e para nossa democracia. Vida longa ao Conselho! Nos próximos 30 anos, a maturidade alcançada até aqui há de fazer ainda mais pelas saúdes, pelas vidas, pelo Sistema Único de Saúde e pela democracia no Brasil e no planeta... É evidente que também quero abraçar e homenagear pessoas muito queridas, militantes incansáveis do SUS por quem tenho grande admiração que tomaram esse desafio de organizar o livro: Ana Paula Lima – guerreira do CMS/POA, Frederico Machado – colega professor e pesquisador da UFRGS, Maria Letícia Garcia – militante incansável do CMS/POA e portadora de uma ética inabalável pela defesa de todas as vidas, Marisa Martins Altamirano – incansável trabalhadora do SUS, e Vania Roseli Correa de Mello – professora da UERGS e militante da humanização do cuidado. A iniciativa, que mobilizou muitas artesanias, ficou linda e por certo terá capacidade de convocar muitas pessoas às boas lutas do controle social.

Boa leitura a todas e todos!

SUMÁRIO:

Celebrando 30 anos de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - Ana Paula de Lima, Frederico Viana Machado, Maria Letícia de Oliveira Garcia, Marisa Martins Altamirano, Vania Roseli Correa de Mello 21

As origens do vigor da participação dos usuários na área de saúde em Porto Alegre - Soraya Vargas Côrtes 33

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: embates e projetos pelo direito à saúde em Porto Alegre - Ana Paula de Lima, Frederico Viana Machado, Maria Letícia de Oliveira Garcia.....51

Três décadas do controle social na saúde em Porto Alegre e no Brasil: o valor da participação social para a tomada de decisões em tempos de pandemia ou em qualquer tempo - Fernando Zasso Pigatto73

Terceirização da gestão pública em saúde: aspectos contextuais sobre o caso de Porto Alegre - Alcides Miranda90

Infelizmente a história se repete e o público não muda - Neusa Heinzelmann 113

A dor e a delícia da gestão em saúde: um estudo de caso do núcleo de coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - Diego Rodrigues de Oliveira, Vania Roseli Correa de Mello 119

Análise das contratualizações da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre - Ana Paula de Lima, Lisiê Machado Winter, Maria Gabriela Curubeto Godoy141

A educação popular no processo formativo para o controle social: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - Henrique Kujawa, Jorge Alfredo Gimenez Peralta, Valdevir Both	182
Um breve relato das inúmeras ações da assessoria de comunicação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre nestes 5 anos de sua existência - Katia Camargo de Oliveira	204
Os conselhos locais de saúde de Porto Alegre: subsídios para fortalecer o engajamento comunitário nos territórios - Frederico Viana Machado, Monika Weronika Dowbor, Rodrigo Silveira Pinto	217
A voz do controle social em saúde de Porto Alegre: oficinas de devolução de pesquisa com trabalhadores e usuários do SUS - Frederico Viana Machado, Mauro Silveira de Castro, Monika Weronika Dowbor, Rodrigo Silveira Pinto	229
Ouvidoria em Movimento: fortalecendo a cidadania, a participação e o controle social em saúde nos territórios - Frederico Viana Machado, Glória Garcia Lima, Johanna Ermacovitch Coelho, Marcelo Henrique Machado, Roibison Portela Monteiro, Rosane Terezinha Baltazar, Tatiana Engel Gerhardt	244
Sobre os (as) autores (as)	253

CELEBRANDO 30 ANOS DE ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Ana Paula de Lima
Frederico Viana Machado
Maria Letícia de Oliveira Garcia
Marisa Martins Altamirano
Vania Roseli Correa de Mello

Desde sua fundação, em 1992, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem desempenhado um papel fundamental no fortalecimento da participação social e na promoção da saúde na cidade. Como um espaço de representação e diálogo entre a gestão pública e a sociedade civil, o Conselho tem se destacado como um órgão de vital importância para a formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde. Com imensa alegria, apesar de todos os reveses, celebramos três décadas de existência e atuação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ao longo desses anos, este órgão tem sido um protagonista inquestionável na promoção da participação social e no fortalecimento das políticas públicas de saúde na capital do Rio Grande do Sul. Sua história é marcada pela defesa incansável dos direitos dos usuários do sistema de saúde com base no entendimento de que a participação da comunidade é princípio inegociável do SUS.

Uma das principais características da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre é sua composição diversa e plural, com representantes de diferentes segmentos da sociedade, como usuários do sistema de saúde, profissionais de saúde, gestores e entidades da sociedade civil, sempre em diálogo com as principais necessidades em saúde da cidade, os desafios emergentes, no cenário do SUS municipal numa capital, potente articulador dos

movimentos sociais no campo da saúde e dos protagonistas na construção cotidiana do SUS, espaço dos principais debates entre usuários, trabalhadores, gestores em saúde e ainda com as instituições formadoras, colocando em ato o quadrilátero da formação em Saúde. Essa representatividade ampla e inclusiva permite que diferentes perspectivas sobre as políticas de saúde sejam incluídas no debate sobre as prioridades e mudanças necessárias. As decisões tomadas pelo Conselho refletem as necessidades e demandas concretas da população, priorizando a equidade ao incluir as necessidades em saúde daqueles que mais precisam e ao ser espaço para fazer com que essas vozes ecoem no SUS.

Ao longo dos anos, o Conselho tem desempenhado um papel ativo na defesa dos direitos dos usuários do sistema de saúde, na fiscalização da qualidade dos serviços oferecidos e na proposição de políticas que visam a melhoria da saúde da população. Através de debates, discussões e análises criteriosas, o Conselho tem contribuído para a construção de um sistema de saúde mais democrático, transparente e participativo, mas principalmente com uma posição contundente a favor de um SUS público, equânime e de qualidade. Por meio desta dedicada atuação política, o Conselho sempre denunciou e enfrentou os desvios de gestões que priorizaram seus interesses ao desrespeitar e descumprir as deliberações de Conferências e da instância máxima do SUS no município. Os livros anteriores destacaram importantes acontecimentos e lutas históricas protagonizados pelo Conselho, fazendo com que o registro dessa trajetória em defesa do direito à saúde para toda e qualquer pessoa funcione como dispositivo de produção, formação e gestão em Saúde. Nesse livro coube o registro do cenário dos últimos anos desde 2017, onde o Conselho tem enfrentando o maior ataque já vivido na tentativa de desarticulação e fragilização das instâncias do Conselho, que vem contundentemente denunciando o processo de empresariamento da Saúde e seus efeitos, processo este que ganhou novos contornos, inclusive escopo jurídico, sendo assumido como modelo prioritário da gestão de saúde desde 2017 no governo do prefeito Nelson Marchezan, e que está sendo aprofundado e ampliado na gestão de Sebastião Melo.

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre também desempenha um papel fundamental no acompanhamento e na avaliação das políticas e programas de saúde implementados pela administração municipal. Por meio de seu papel fiscalizador, o Conselho trabalha para garantir que as ações realizadas estejam alinhadas com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e as deliberações das Conferências de Saúde e que os recursos públicos sejam utilizados com transparência e de maneira eficiente e equitativa para atender as necessidades de saúde da população.

Outro aspecto importante da atuação do Conselho é a realização das pré-conferências e das conferências municipais de saúde, que ocorrem a cada quatro anos e envolvem a participação de gestores, trabalhadores, estudantes e usuários do SUS. O Conselho também é responsável por organizar conferências temáticas, projetos de formação e educação permanente para o controle social e diversas outras ações importantes para a efetividade da diretriz da participação da comunidade, que se materializa através de suas instâncias locais e distritais em todos os Distritos de Saúde da cidade. Afinal, o SUS só existe na democracia e não há SUS sem participação e controle social. O Conselho mobiliza forças e parcerias para enfrentar desafios e resistir aos retrocessos nas políticas de saúde no município, ao longo desses trinta anos foi reinventando a participação na Saúde, no intuito de ser dispositivo para que a população exerça seu direito de cidadania e contribua ativamente na definição das prioridades e na construção de um SUS mais justo e acessível.

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem mantido, ao longo de sua história de lutas, coerência ético-política frente aos crescentes ataques privatistas a serviço de interesses do mercado privado da saúde e do empresariamento do setor Saúde. Em meio a um contexto em que a mercantilização da saúde se intensifica, o Conselho defende de forma intransigente os princípios do SUS. Em sua atuação incansável tem enfrentado a narrativa sob o jargão “Menos Estado, Mais Saúde”, alicerçado na concepção da redução do Estado, inclusive no setor Saúde, justificado por um discurso de austeridade de gestão, onde o foco dos cortes se volta para a redução da força de trabalho de

servidores públicos. Essa narrativa da eficiência da gestão tenta de fato encobrir a estratégia utilizada, a de sucateamento dos serviços próprios para justificar o repasse de recursos públicos para o setor privado, inclusive de áreas estratégicas do SUS. Essa lógica gerencialista do Estado-Empresa é excludente porque reduz o cidadão e sujeito de direitos a um “cliente” e os trabalhadores a “colaboradores”, onde a gestão em saúde é reduzida a gestão de contratos de “serviços e procedimentos” como mercadoria. O Conselho tem se posicionado contra as tentativas de privatização de serviços públicos de saúde, denunciando as consequências nefastas dessa prática e defendendo a primazia do direito à saúde e do interesse coletivo sobre a lógica do lucro que transforma os bens e serviços de saúde em mercadoria e enfatiza os saberes biomédicos em detrimento de um conceito ampliado de saúde. O Conselho tem se empenhado em promover esse debate com a população sobre os interesses e riscos da privatização da saúde, realizando campanhas, debates públicos e ações de mobilização social. A luta empreendida pelo Conselho é uma luta pela dignidade, pelo direito à saúde e pela justiça social.

Um diferencial na história do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre na luta contra os ataques ao SUS e no enfrentamento do temas emergentes, que se distanciam do interesse público e das necessidades em saúde da população, tem sido a relação provocadora aos órgãos de controle externo, Ministério Público Estadual de Contas, Promotoria de Direitos Humanos e Promotoria do Patrimônio Público, bem como Ministério Público Federal. O Conselho tem tido um papel de instigador oferecendo denúncias de descumprimento dos direitos dos cidadãos e da preservação dos princípios fundamentais do SUS, apresentando denúncias, pareceres, e pedidos de análise de contratos quanto a sua legalidade. Essa parceria tem sido fundamental para enfrentar judicialmente medidas que ameaçam a integridade e a universalidade do sistema público de saúde, cobrando do Ministério Público a defesa dos direitos dos cidadãos e na preservação dos princípios fundamentais do SUS, tais ações têm sido fundamentais para enfrentar judicialmente medidas que ameaçam a integridade e a universalidade do sistema público de saúde.

Outro destaque se dá na pluralidade da representatividade das entidades de Saúde que compõem o Plenário do CMS, que também tem sido um diferencial, sendo que o espaço do conselho tem funcionado como aglutinador ao incluir a diversidade de sujeitos historicamente destituídos de sua cidadania, possibilitando trazer para o debate de Políticas Públicas de Saúde a pluralidade dos interesses por meio da representação dos diferentes atores do setor saúde da cidade.

Diante de sua relevante atuação, este livro é uma forma de comemorar os trinta anos de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Este livro reúne um conjunto de textos que apresentam e discutem ações e lutas ocorridas a partir de 2017 relacionadas ao CMS/POA, buscando sistematizar e dar visibilidade aos temas emergentes e principais desafios enfrentados no período. O CMS/POA tem a tradição de compartilhar seu percurso e suas reflexões por meio de notas públicas, manifestos e, a cada quinquênio, um livro. Os livros comemorativos têm se consolidado ao longo dos 15, 20, 25 e agora 30 anos do Conselho. Os registros memoriais dessa trajetória constituem um movimento de reexistência e refundação dos fazeres do Conselho, que tem enfrentado o desafio de monitorar e consolidar o SUS na cidade. Nesse livro, em especial, buscamos aprofundar o tema emergente do empresariamento da Saúde, mas também de ações e projetos desenvolvidos pelo CMS/POA e por seus parceiros, o que demanda reflexões sobre o atual cenário das políticas de saúde e dos interesses em disputa. Os textos foram escritos por parceiros históricos do Conselho que conosco acreditam que saúde é democracia e, portanto, se faz com participação social. O livro está composto por XX capítulos que estão divididos em três partes.

A primeira parte reúne textos que trazem perspectivas históricas da participação e do Controle Social em Saúde na cidade. O primeiro capítulo, intitulado As origens do vigor da participação dos usuários na área de saúde em Porto Alegre, foi escrito por Soraya Vargas Cortes, pesquisadora e professora do Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Soraya foi uma das primeiras pesquisadoras que se debruçaram sobre o tema da participação e do controle social na saúde, produzindo referencial

bibliográfico não apenas importante, mas fundamental para este campo de estudos. O capítulo revisita as origens da participação em saúde e do CMS/POA, e argumenta que “o vigor participativo do CMS de Porto Alegre está relacionado à capacidade de organização para ação coletiva das classes populares da cidade, cujas lideranças selaram uma aliança estratégica com profissionais e trabalhadores de saúde comprometidos com a reforma do sistema de saúde e com a construção do SUS, de acordo com os princípios constitucionais”.

O segundo capítulo, *Três décadas do controle social na Saúde em Porto Alegre e no Brasil: o valor da Participação Social para a tomada de decisões em tempos de pandemia ou em qualquer tempo*, é de autoria de Fernando Zasso Pigatto, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2018-2021 e 2021-2024) e representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Este trabalho discute as estratégias do CNS para o enfrentamento dos desafios impostos ao SUS pela pandemia e pela conjuntura política, fundamentando-se em uma retrospectiva histórica da saúde pública e do controle social no Brasil. O CNS desempenhou um papel central neste cenário, pressionando o poder público e articulando atores políticos para fortalecer o SUS, servindo de guia para agentes do controle social em saúde de todo o país.

No terceiro capítulo, Maria Letícia de Oliveira Garcia, Ana Paula de Lima e Frederico Viana Machado, que também assinam a organização deste livro, discutem as principais ações e frentes de luta do CMS/POA nos últimos anos, destacando a importância da participação social para as políticas de saúde na cidade. Intitulado *Conselho Municipal de Saúde: reafirmando as lutas pelo direito à saúde em Porto Alegre*, é uma versão revisada e ampliada do texto que foi publicado no livro *Conselhos Municipais de Porto Alegre: histórico e desafios na gestão democrática da cidade* (Zenker et al., 2021), organizado pelo Fórum Municipal dos Conselhos da Cidade.

A segunda parte deste livro aborda questões específicas relacionadas aos dilemas e às lutas travadas nos últimos anos pelos atores que fazem o controle social em saúde em Porto Alegre. Abrindo esta seção, temos o capítulo

de Alcides Miranda, professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS, intitulado Terceirização da Gestão Pública em Saúde: aspectos contextuais sobre o caso de Porto Alegre. Este trabalho apresenta fundamentos históricos e conceituais importantes para discutirmos as terceirizações dos serviços de saúde, que consideramos um dos principais problemas para defendermos os princípios do SUS. O caso de Porto Alegre é posto em perspectiva, frente às variadas formas de agenciamento empresarial que estão sendo implementadas e aos problemas que delas decorrem.

O quinto capítulo, Infelizmente a história se repete e o público não muda!, foi escrito por Neusa Heinzmann, presidenta do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Porto Alegre (2017-2019), enfermeira, especialista em saúde pública e integrante do Conselho Fiscal do Coletivo Feminino Plural. Esse texto é uma denúncia e um alerta quanto às práticas inadequadas e desrespeitosas com a condição humana realizadas em 2007 e 2018, que envolvem o implante de anticoncepcionais em meninas sem os devidos cuidados éticos e uma discussão pública adequada. Segundo a autora, práticas como essas acabam por naturalizar a utilização de populações mais vulneráveis como “cobaias” de pesquisas de produtos na área da saúde. Estes casos envolveram ações conjuntas do CMS/POA e do COMDIM, que abriram uma ação pública para coibir estas práticas.

Diego Rodrigues de Oliveira, Bacharel em Administração, Licenciado em História e Especialista em Gestão Pública, e Vania Roseli Correa de Mello, Professora Adjunta em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, são os autores do sexto capítulo: “A dor e a delícia da gestão em saúde: um estudo de caso do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre”. Esse capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada junto aos conselheiros do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre no período de 2018-2019. Tem como objetivo explorar os limites e possibilidades para a gestão em saúde a partir da percepção dos conselheiros e identificar as competências apontadas como necessárias para o exercício da gestão em saúde. Os autores chamam a atenção para o fato de que a atuação do Núcleo de Coordenação do Conselho

Municipal de Saúde de Porto Alegre não se constitui apenas como uma rota para a consolidação do SUS, mas o lugar onde, a partir da prática, é possível criar bases para uma gestão democrática, com a radicalização da própria democracia no cotidiano institucional do sistema de saúde.

Fechando a segunda parte do livro, Gabriela Godoy, professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS, Ana Paula de Lima, Coordenadora da Comissão de Saúde Mental do CMS/POA e Lisiê Winter Sanitarista, contribuem com o capítulo “Análise das Contratualizações da Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre”. Este capítulo apresenta uma análise das contractualizações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre/RS com Organizações da Sociedade Civil (OSC) para a provisão de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). As autoras apontam a existência de lacunas e fragilidades na legislação vigente, com limitações nas concepções de impessoalidade, transparência e participação social, gerando problemas quanto à garantia dos princípios e diretrizes do SUS e nos princípios da Administração Pública, e identificam as bases para o modelo gerencialista estabelecidas sobre a Reforma de Estado iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso e aprofundadas através de Leis que regulamentam o terceiro setor, dando especial destaque às Organizações Sociais civis.

A terceira e última parte traz discussões sobre ações e projetos relacionados à comunicação em saúde e à educação permanente em saúde para o Controle Social. O oitavo capítulo foi escrito por nossos parceiros do Centro de Educação e Assessoramento Popular: Jorge Alfredo Gimenez Peralta, Henrique Kujawa e Valdevir Both. Intitulado A Educação Popular no processo formativo para o Controle Social: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, este trabalho situa a Educação Popular como ferramenta epistemológica e metodológica na formação de conselheiro/as de saúde e lideranças sociais. Os autores retomam o pensamento de Paulo Freire para discutir os fundamentos da educação popular, enfatizando a sua proposta político-pedagógica como elemento central da formação, e ainda discutem o papel da educação popular nas formações organizadas por eles ao CMS/POA.

Com embasamento nessas experiências, são analisados alguns desafios da educação popular considerando a necessidade da formação permanente para o Controle Social no SUS.

Em seguida, Katia Camargo de Oliveira, assessora de Comunicação do CMS/POA, nos conta sobre a estratégia de comunicação utilizadas para publicizar as ações do Conselho, amplificando a voz, as pautas e as deliberações dos conselheiros de saúde da cidade. O texto relata o processo como: a implementação e as estratégias de atualização das redes sociais do colegiado (Facebook, Instagram, Twitter e o canal no YouTube) como forma de divulgar as ações e atingir um público maior; o recurso das transmissões ao vivo das plenárias, que passaram a ficar armazenadas, disponíveis e com acesso público no canal, gerando maior transparência dos debates e deliberações do Plenário; a criação de grupos de WhatsApp por segmentos de participação; a elaboração de arte gráfica para a Conferência Municipal de Saúde e outros eventos, a organização de uma Exposição Fotográfica; a elaboração de cartilhas e outros materiais formativos e informativos; dentre outras ações. Este texto é uma valiosa fonte de conhecimento para o aprimoramento da comunicação dos conselhos de políticas públicas com a sociedade.

Os próximos dois capítulos foram escritos por pesquisadores do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde da UFRGS (LAPPACS) e derivam do projeto de pesquisa Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre. Esta pesquisa foi desenvolvida em uma parceria entre o LAPPACS e o CMS/POA e estudou a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde da cidade e foi encerrada com oficinas de devolução dos resultados. O capítulo Os Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre: subsídios para fortalecer o engajamento comunitário nos territórios é uma síntese dos principais resultados da pesquisa e argumenta que as ações de apoio voltadas para a participação nos Conselhos Locais de Saúde devem considerar cada território e suas particularidades, abrindo o leque para a diversidade de ações para a mobilização, respeitando e aproveitando o potencial associativo das organizações já existentes e reforçando as articulações entre os diferentes níveis de

participação. Os autores também defendem que as estratégias de formação para o controle social estejam próximas do território e alinhadas com as metodologias da educação popular em saúde. Os resultados da pesquisa podem ser encontrados de forma mais completa e detalhada em Machado et al. (2023). A síntese da pesquisa foi escrita por Rodrigo Silveira Pinto, professor da Universidade Federal de Santa Maria, Frederico Viana Machado, professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS e Monika Weronika Dowbor, pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap).

O capítulo seguinte, A voz do controle social em saúde de Porto Alegre: oficinas de devolução de pesquisa com trabalhadores e usuários do SUS, por sua vez, apresenta os resultados dos debates realizados nas oficinas com membros do controle social de toda a cidade sobre os resultados da pesquisa. Segundo os autores, o objetivo das oficinas não era apenas prestar contas, mas também incorporar as impressões dos trabalhadores, usuários e gestores na interpretação dos resultados. Foram organizadas duas oficinas que ocorreram nos dias 24/11 e 01/12 de 2018, das 8:30 às 18:30, nas dependências da Faculdade de Farmácia da UFRGS, com mais de 40 inscritos em cada, além de vários conselheiros do CMS/POA e membros do LAPPACS. Além de apresentar uma síntese das discussões, esse capítulo se encerra com um link que disponibiliza os registros em vídeo realizados concomitantemente às oficinas. São mais de 20 vídeos com depoimentos e registros que se tornarão mais valiosos com o passar do tempo, carregando os afetos e a esperança que pautaram um momento específico da história do controle social na cidade. O relato das oficinas foi escrito pelos autores do capítulo anterior em coautoria com Mauro Silveira de Castro, professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas UFRGS.

Fechando este livro, temos o capítulo Ouvidoria em Movimento: fortalecendo a cidadania, a participação e o controle social em saúde nos territórios, escrito por Johanna Ermacovitch Coelho; professora da Unisinos e idealizadora do projeto, Glória Garcia Lima, discente do curso de Odontologia da UFRGS, Marcelo Henrique Machado, discente do curso de Medicina da UFRGS, Roibison Portela Monteiro, Ouvidor SUS da Secretaria Municipal

de Saúde de Porto Alegre, Rosane Terezinha Baltazar, servidora na Ouvidoria, Tatiana Engel Gerhardt e Frederico Viana Machado, ambos professores do Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS. O projeto Ouvidoria em Movimento é fruto de uma parceria entre a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), o CMS/POA e o Programa de Educação Tutorial Participação e Controle Social em Saúde da UFRGS (PET PCSS/UFRGS). O objetivo do projeto é divulgar a missão e o funcionamento das ouvidorias, promover a participação cidadã e fortalecer o controle social na saúde, por meio de oficinas realizadas nos espaços de participação da saúde, tais como os Conselhos Distritais e Locais. O capítulo apresenta os resultados do projeto e defende a importância de ações conjuntas entre o Conselho Municipal de Saúde e a Ouvidoria.

Ao celebrar esses 30 anos de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, reafirmamos nosso compromisso com a continuidade desse trabalho. Sabemos que ainda há muitos desafios a enfrentar, mas estamos confiantes de que, com a participação ativa da sociedade, podemos construir um futuro mais promissor para as políticas de saúde em nossa cidade.

Nossa gratidão a todos que contribuíram e continuam contribuindo para a consolidação do SUS através dos espaços do controle social da cidade e especialmente para quem contribuiu para a realização deste livro. Agradecemos ao Prof. Alcindo Ferla pelo belíssimo prefácio e por seu constante apoio ao CMS e por sua atuação incansável e generosa em defesa do SUS. Nosso reconhecimento ao Fórum dos Conselhos Distritais e às entidades e movimentos que integram o CMS e aos trabalhadores que compõem a Secretaria Executiva, que constituíram fortaleza e resistência na defesa da democracia, espaços criativos de organização, articulação e luta e que nos permitiram avançar e construir coletivamente nossas vitórias. Ao Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS, como importante interlocução entre a formação em Saúde para o SUS e em especial as parcerias com os Laboratórios de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde da UFRGS (LAPPACS) e Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC),

através dos professores Frederico Viana Machado e Alcides Miranda, apoiadores de longa data do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Esses 30 anos consolidam a caminhada de participação e controle social, que mesmo frente a tantos ataques e adversidades vividos, nesse último período, o Conselho Municipal de Saúde tem demonstrado capacidade de resiliência e reinvenção vigorosa, esperançosa e transformadora. Neste momento histórico em que o SUS enfrenta seus maiores desafios, é imprescindível apoiar e fortalecer o trabalho dos Conselhos de Saúde e dos movimentos que lutam para a garantia da saúde como um direito humano para todas as pessoas e para que esse direito siga sendo um dever do Estado. Sigamos juntos na certeza de que a luta é permanente e que “É preciso estar atento e forte”, tentaram nos aniquilar, mas esqueceram que somos sementes!

Viva o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e viva o SUS!

Referências bibliográficas

ZENKER, M. R.; SILVA, M. K.; MEDEIROS, I. L. P. ; MACHADO, F. V. ; ESPINDULA, B. F.; RECH, C. M.; COLOME, F. L.; MULLER, I. D. Conselhos Municipais de Porto Alegre: histórico e desafios na gestão democrática da cidade. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. v. 1. 186p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/conselhos-municipais-de-porto-alegre-historico-e-desafios-na-gestao-democratica-da-cidade>.

MACHADO, F. V.; DOWBOR, M. W. ; PINTO, R. S.; PEDROSO, V. D.; SENNA, F. S. F. ; OLIVEIRA, A. F. K.; TAROUCO, M. L. Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre. Revista Saúde em Redes, v. 9, p. 4122, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.4122>.

AS ORIGENS DO VIGOR DA PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NA ÁREA DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Soraya Vargas Côrtes

Ao participar da comemoração dos 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre por meio deste capítulo o argumento que desenvolvo é que, apesar da disseminação precoce dos conselhos municipais de saúde pelo Brasil em relação aos fóruns participativos municipais de outras áreas de políticas públicas (CÔRTEZ et al, 2009), o vigor participativo do Conselho de Porto Alegre está relacionado à capacidade de organização para ação coletiva das classes populares da cidade, cujas lideranças selaram uma aliança estratégica com profissionais e trabalhadores de saúde comprometidos com a reforma do sistema de saúde e com a construção do SUS, de acordo com os princípios constitucionais. Aliança que permitiu que ao início das atividades do Conselho Municipal de Saúde, em 1992, os representantes de usuários no fórum exercessem forte influência no processo decisório que conformou o seu modo de funcionamento. Essa influência, como será visto, já havia sido estabelecida durante o processo que levou a aprovação do Regimento Interno da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), em 1987.

A mobilização popular com o apoio de profissionais e trabalhadores de saúde comprometidos com a reforma do sistema de saúde, que propiciou a criação do SUS, não ocorreu unicamente em Porto Alegre. Outras cidades do país, ao final dos anos 1970, presenciaram a construção de forte movimento social urbano, rural e sindical. Na segunda metade da década de 1980, durante o processo de distensão política que anunciava o fim da ditadura civil-militar, parte importante das lideranças populares e de trabalhadores direcionaram suas ações à participação em fóruns participativos, na área de saúde antes

mesmo da instituição dos conselhos e conferências por meio Lei Federal 8.142. Em Porto Alegre houve o imbricamento da trajetória dos movimentos populares urbanos com a regionalização das demandas em saúde e da participação em saúde de tal forma que a criação de comissões de saúde em regiões da cidade, precedeu a instituição das Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS), nos Distritos de Saúde, e da própria CIMS, em 1985. Embora haja registros que isso ocorreu também em outras partes da cidade, o movimento na região da Grande Cruzeiro foi dos mais intensos, foi precoce e consistente ao longo da década de 1980 e primeiros anos de 1990. O capítulo trata desse processo histórico.

O movimento popular pela reforma sanitária e a construção do Conselho Municipal de Saúde em Porto Alegre

Uma pré-condição importante para o efetivo envolvimento de representantes dos usuários em um processo institucional participativo é a existência de organizações de usuários que possam: (1) discutir questões que já se apresentam como polêmicas, preparando os representantes para enfrentar as decisões a serem tomadas no fórum; (2) ajudar a superar a falta de expertise, realocando o pessoal da organização, conforme os conhecimentos e experiência dos membros, ou desenvolvendo conexões com organizações não governamentais especializadas no apoio a movimentos sociais ou sindicais e com profissionais de saúde identificados com as causas populares; (3) dar legitimidade a esses representantes, uma vez que representam os membros de suas organizações. Porto Alegre, ao final da década de 1980, abrigava as associações profissionais, os maiores sindicatos do estado, as federações sindicais estaduais e as confederações sindicais nacionais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a Central Geral dos Trabalhadores (CGT). Além disso, crescia o número e a capacidade de arregimentação de membros de organizações sociais urbanas que vieram a ser os principais núcleos organizativos de suporte aos representantes dos usuários mais proeminentes e duradouros na CIMS e, depois, no Conselho Municipal de Saúde.

Desde os anos 1930 existiam na cidade associações de moradores e associações de bairros, usualmente denominadas sociedades de amigos de bairros (BAIERLE, 1992). A maioria delas foi criada na década de 1950, não só em Porto Alegre, mas nas maiores cidades do país. Essas associações ou sociedades de bairros adotavam práticas clientelistas; elas não mobilizavam ou tentavam ampliar seus membros, nem confrontavam os governos. Em vez disso, buscavam canais informais para influenciar funcionários públicos ou agências governamentais, tentando obter vantagens especialmente para os moradores que apoiavam suas direções (BAIERLE, 1992). A maior parte delas foi criada durante o primeiro governo Vargas, quando os institutos de pensão construíram vários conjuntos habitacionais da classe trabalhadora. Exemplo disso, em Porto Alegre, são os conjuntos habitacionais da Vila dos Industriários, que veio a ser chamada IAPI, financiada pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, construída entre 1942 e 1954, e da Vila dos Comerciantes, da mesma época, financiada pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes. Associações de bairros foram criadas para representar os interesses dos moradores, mas principalmente para mediar a relação entre o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e os moradores, auxiliando o partido a selecionar aqueles que teriam preferência na alocação das casas de baixo custo financiadas a longo prazo. O critério central para a seleção dos contemplados com as habitações era o grau de lealdade ou boas conexões com líderes partidários ou dirigentes dos institutos (BAIERLE, 1992). Durante as décadas de 1970 e 1980, o alto padrão de equipamentos urbanos desses conjuntos, que contavam com saneamento, proximidade ao transporte coletivo e energia elétrica, estimulou as famílias de trabalhadores a gradualmente vender suas casas e deixar as regiões em que se encontravam, indo para áreas ocupadas ilegalmente ou para áreas fora dos limites territoriais da cidade. Durante os anos 1980, as associações residenciais, criadas nas décadas de 1940 e 1950, ainda podiam ser encontradas em bairros de classe média e em áreas residenciais pobres, porém regularizadas. Elas permaneceram ligadas a partidos políticos, especialmente ao Partido Democrático Trabalhista (PDT), criado em 1979, herdeiro da tradição do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

No final dos anos 1970 novas organizações sociais urbanas foram criadas na cidade. Sua linha de ação priorizava o confronto com os governos, distinguindo-se assim das associações clientelistas que costumavam concordar com as políticas governamentais (BAIERLE, 1992). As lideranças das novas organizações e seus conselheiros mais influentes investiam na mobilização dos moradores para regularizar a posse dos terrenos ocupados, melhorar infraestrutura urbana e de serviços nas áreas ocupadas, o que era visto como uma ferramenta para transformar a estrutura capitalista da sociedade (BAIERLE, 1992). Um fator que favoreceu essa estratégia de ação foram as políticas habitacionais promovidas pela ditadura civil-militar.

No final dos anos 1960, o regime ditatorial separou a política habitacional do sistema previdenciário, criando um banco nacional responsável pelas políticas habitacionais, o Banco Nacional da Habitação (BNH). As políticas habitacionais promovidas por este banco, durante os anos 1970, beneficiaram principalmente a classe média. Órgãos municipais e estaduais envolvidos com questões habitacionais tiveram que promover as políticas determinadas pelo governo federal. As principais ações da Secretaria de Habitação de Porto Alegre visavam retirar a população pobre das áreas centrais, realocando-a na periferia da cidade. A perplexidade inicial diante da realocação compulsória foi substituída por ações defensivas de resistência à remoção e de ocupação de novas áreas, pela denúncia da violência dos agentes governamentais à imprensa e pela busca de soluções políticas para a questão da moradia popular. Essas ações deram origem a novas associações de moradores, associações comunitárias, clubes de mães e outras organizações semelhantes que proliferaram nas vilas populares de Porto Alegre desde o final dos anos 1970 (BAIERLE, 1992).

No início dos anos 1980, a liberalização do sistema político brasileiro permitiu que essas organizações representassem o interesse dos moradores dessas áreas, abrindo também oportunidades para desafiar o regime autoritário, em ações conjuntas com o movimento sindical e outras forças sociais que buscavam ampliar o processo da democratização política no Brasil.

Organizações como clubes de mães, grupos de jovens e creches comunitárias se tornaram núcleos locais organizativos do novo movimento social urbano de Porto Alegre. Ao promover ações de mobilização reunindo demandas e propostas em áreas como saúde e habitação, elas também criticavam abertamente a ditadura e desafiavam o regime. Como em outras grandes cidades do Brasil, em Porto Alegre, profissionais, religiosos – em geral católicos, padres e freiras –, ativistas sindicais, além de militantes de esquerda de partidos políticos apoiavam essas ações e criavam relações de confiança que se mostrariam duradouras. Havia militantes do Partido Democrático Trabalhista (PDT), cujos setores de esquerda estenderam a influência do partido para além das formas clientelistas tradicionais de organização de grupos de interesse, havia militantes de partidos comunistas, de facções de esquerda do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), do recém-criado Partido dos Trabalhadores (PT), e havia representantes de organizações não governamentais como FASE, CAMP e CIDADE (BAIERLE, 1992). As ações desses atores 'externos', juntamente com a crescente insatisfação com as políticas governamentais, criaram o que Baierle (1992) chamou de cultura de direitos. Durante os anos 1980, um número crescente de lideranças, representando os moradores das vilas populares de Porto Alegre, exigia de políticos e de governos o que essas lideranças gradualmente passaram a considerar como sendo direitos.

Com o objetivo apresentar-se no cenário político frente aos governos como os únicos legítimos representantes das classes populares, lideranças e ativistas desses novos tipos de associação contestaram o controle das organizações que unificavam os movimentos sociais urbanos de Porto Alegre e do estado, vistos por eles como pouco combativos e clientelistas. Em 1979, eles disputaram e obtiveram representação na diretoria da Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Amigos de Bairro (FRACAB) (Silva, 2001). Em 1983, lideraram a criação e a primeira diretoria da União das Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA) de Porto Alegre, organização que reunia associações de moradores, comunidades e bairros e outras entidades da cidade (BAIERLE, 1992).

Considerando as condições de vida dos moradores de áreas ocupadas e suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, não surpreende que as lideranças dos movimentos sociais urbanos não apenas lutassem por assumir o controle das organizações centrais dos movimentos populares da cidade e do estado, como fossem os representantes dos usuários mais atuantes na CIMS, que veio a ser criada em 1985. No entanto, até então, apenas no Distrito Sanitário 4 – Cruzeiro e parte da Glória e do Cristal – as organizações sociais urbanas colocaram as questões de saúde como prioritárias em sua agenda política. Observe-se que o complexo de vilas populares que formava a região, denominada Grande Cruzeiro, era o mais populoso da cidade. Nas demais regiões, no início da década, também ocorreram mobilizações por melhores serviços de saúde, mas foram manifestações isoladas. Na região, em 1980, líderes das associações de moradores coordenados pela entidade que as congregava, a União de Vilas Zona Sul, juntamente com ativistas católicos, profissionais de saúde que apoiavam a reforma do sistema de saúde brasileiro e militantes de partidos políticos de esquerda criaram uma comissão de saúde (ROSA, 1989; ENTREVISTA/7, 1992; ENTREVISTA/8, 1992; ENTREVISTA/23, 1992). Sem vínculos institucionais, que não fossem as organizações do movimento popular, essa comissão centralizou a promoção de protestos, atos públicos e audiências com dirigentes governamentais pressionando para a abertura de novos serviços de saúde e a melhoria dos existentes (ROSA, 1989; ENTREVISTA/7, 1992). Desde então, até os dias de hoje, nessa região, existe uma estreita relação entre os ativistas do movimento social urbano e profissionais de saúde do SUS que ali atuam, embora intensidade dessa relação tenha variado ao longo tempo.

Em parte, em resposta a essa pressão, em 1981 e 1982, o secretário estadual de saúde – Jair Soares, do Partido Democrático Social (PDS), herdeiro da ARENA, partido que dera suporte ao governo ditatorial –, que era candidato a governador do estado do Rio Grande do Sul, abriu 26 novas unidades básicas de saúde de pequeno e médio porte em Porto Alegre, quase dobrando o número de unidades de saúde existentes; não surpreendentemente, 30% delas foram abertas na região da Grande Cruzeiro (CATTANI et al., 1988). A partir

de 1985, a comissão foi transformada em CLIS institucionalmente vinculada à CIMS, criada no mesmo ano. Os representantes dos usuários desse distrito foram os participantes mais ativos e regulares na comissão municipal de saúde (CÔRTEZ, 1995). No final dos anos 1980, profissionais de saúde, que participavam da CIMS desde a sua criação, declararam seu apoio ao Partido dos Trabalhadores (PT) e, a partir de 1989, quando o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu o governo municipal, alguns deles se tornaram dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde¹. A CIMS de Porto Alegre, foi criada em setembro de 1985, quando o governo municipal aderiu ao convênio estadual das Ações Integradas de Saúde (AIS) (CIMS, 1985, 2/9). O convênio permitiu o repasse de recursos financeiros do sistema previdenciário para a Secretaria Municipal de Saúde. Seguindo as diretrizes da AIS, os participantes da primeira reunião plenária da comissão estabeleceram que o Plenário deveria ter representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e representantes das secretarias estaduais e municipal de saúde. Eles também concordaram que o coordenador da comissão deveria ser o secretário municipal de saúde (CIMS, 1985, 2/9). Ficou estabelecido que o fórum poderia convidar outras organizações a participar, dependendo das questões em pauta na comissão (CIMS, 1985, 9/9). A CIMS tornou-se paulatinamente no locus central de articulação política e representação de interesses de organizações populares visando melhorias na qualidade do serviço de saúde e mobilizar as pessoas para mudanças sociais mais amplas, por meio da politização das questões de saúde.

O convênio das AIS, bem como a criação da CIMS, estimulou a criação de CLIS nas regiões da cidade. Porém em alguns casos, as comissões locais, criadas de 1985 em diante, se originaram em grupos de gestores, profissionais e trabalhadores de saúde que se reuniam desde 1980. No ano, um convênio entre o INAMPS e a Secretaria Estadual de Saúde² que visava a integração dos serviços financiados com recursos públicos na cidade propôs a divisão da área

¹Como congregava à época também os serviços de assistência social do governo municipal ela era denominada então Secretaria de Saúde e Serviço Social.

²Na época a denominação era Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, porque era responsável também pela área de meio ambiente.

territorial de Porto Alegre em dez distritos sanitários. Em cada distrito, gestores dos serviços de federais, estaduais e municipais de saúde promoveram reuniões com o objetivo de integrar o planejamento e a gestão em saúde. Na região da Grande Cruzeiro essas reuniões ocorreram na comissão independente de saúde já existente, fortalecendo a comissão e os laços entre lideranças do movimento social e profissionais e trabalhadores de saúde. Mas foi a partir da criação da CIMS que as CLIS foram estruturadas, graças ao estímulo de dirigentes municipais de saúde (ENTREVISTA/4, 1992). Em 1988, comissões locais estavam formadas em todas as regiões, mas o grau de atividade de cada uma variou, conforme a região e o período. As que funcionaram de forma mais consistente, durante a década de 1980, e cujas lideranças do movimento popular mais se envolveram no processo decisório da CIMS foram aquelas nas quais esses ativistas contavam com o apoio de profissionais e trabalhadores de saúde lotados em serviços da região. Exemplo disso foi a CLIS 2, afeta aos bairros Sarandi, Mario Quintana e Rubem Berta, que contava com a participação constante de profissionais de saúde pública vinculados ao programa de medicina de família do Hospital Nossa Senhora da Conceição (ENTREVISTA/CLIS 2, 1993). Também foi o caso da CLIS 6, que abrangia a região do Partenon e Murialdo, e da CLIS 10, da Lomba do Pinheiro (ENTREVISTA/13, 1992; ENTREVISTA/27, 1992). A participação de usuários junto a essas comissões e de seus representantes na CIMS, embora por vezes intensa, foi intermitente no período (ENTREVISTA/15, 1992; ENTREVISTA/CLIS 4, 1993; ENTREVISTA/CLIS 10, 1993). À exceção foi a CLIS 4 da Grande Cruzeiro que esteve ativa e participou na CIMS durante o período. As bases desse envolvimento constante de lideranças do movimento social podem ser encontradas no passado de mobilização pela abertura de novos e melhoria dos serviços de saúde na região.

Nos primeiros meses de funcionamento da CIMS, entre setembro de 1985 e agosto de 1987, não havia regulamentos internos que orientassem o trabalho da comissão. Seguiam-se diretrizes vagas propostas pelas autoridades de saúde federais e normas sugeridas por representantes das instituições de saúde que participavam das plenárias. O Plenário – integrado por representantes

gestores federais, estaduais e municipais de saúde e dos usuários – discutia as políticas municipais de saúde, mas seu principal papel era decidir sobre os gastos e analisar as prestações de contas dos recursos financeiros transferidos do sistema previdenciário para a Secretaria Municipal de Saúde. Os outros órgãos da comissão eram a Secretaria Técnica e a Comissão de Fiscalização. A Secretaria Técnica – composta por representantes das instituições de saúde que participavam do Plenário – era responsável pelas questões técnicas, especialmente pela elaboração de propostas de aplicação dos recursos financeiros repassados e pela análise das contas do dispêndio desses recursos, as quais eram posteriormente apreciadas pelo Plenário (SECRETARIA TÉCNICA/CIMS, 1985). A Comissão de Fiscalização, que passou a funcionar em março de 1987³, era composta por representantes da Associação Médica do Rio Grande do Sul e da Associação de Hospitais do Rio Grande do Sul, da UAMPA, do INAMPS e da Secretaria Municipal de Saúde (CIMS, 1987, 24/3). Seu principal objetivo era verificar se os prestadores de serviços de saúde contratados pelo INAMPS estavam cumprindo as disposições contratuais (CIMS, 1987, 24/3). A Comissão atuava em resposta às reclamações. A restrição de fiscalizar apenas questões "contratuais" parece ter criado dificuldades para a Comissão, uma vez que eram recorrentes as reclamações sobre a qualidade do atendimento. As atas das reuniões da comissão demonstraram que ela funcionava mais como uma formalidade burocrática do que como uma comissão fiscalizadora. Sua principal tarefa parece ter sido enviar, quando solicitado, inquéritos ou arquivos para diretores de hospitais ou altos funcionários do governo (Comissão de Fiscalização/CIMS, 1987).

Em 12 de Maio de 1987, os representantes dos usuários lideraram a iniciativa de constituição de um grupo de trabalho para elaborar uma proposta de Regimento Interno (CIMS, 1987, 12/5). O grupo tinha uma maioria de quatro representantes de usuários de grandes organizações – UAMPA, FRACAB, CUT e CGT – e três representantes de gestores em saúde – INAMPS, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (CIMS, 1987, 12/5). Em

³Uma comissão provisória de inspeção foi criada em setembro de 1986 (CIMS, 1986, 9/9), mas não há registro indicando que ela se reuniu durante este ano.

julho, o Plenário estabeleceu que, durante o processo decisório sobre o Regimento Interno, deveriam votar quinze representantes de instituições e organizações: oito de organizações de usuários e sete de autoridades de saúde, provedores e profissionais de saúde (CIMS, 1987, 14/7). A força da representação de usuários, antes mesmo da garantia legal oferecida pela Lei Federal 8.142, que contava com o apoio de parte dos representantes das instituições e de profissionais de saúde, se expressou nessa decisão que atribuiu maioria aos representantes dos usuários, quando da decisão sobre as regras que regeriam o funcionamento do fórum. Em 4 de agosto de 1987, após meses de intensas discussões, o Regimento Interno foi aprovado (CIMS, 1987, 4/8). Ele previa que a CIMS planejaria, decidiria e supervisionaria as ações de saúde realizadas nas áreas urbana e rural da cidade, promovendo a integração interinstitucional e a descentralização da gestão dos serviços de saúde e garantindo o acesso universal à atenção à saúde visando à instituição de uma rede integral de serviços de saúde. Teria três órgãos:

(1º) O Plenário, com poder de decisão final, avaliava os planos de despesas e contas referentes aos recursos financeiros transferidos da previdência social para o município, os pedidos de participação no Plenário e os relatórios da Comissão de Fiscalização; elegia a Comissão Coordenadora e indicava membros para a Secretaria Técnica e para a Comissão de Fiscalização. Nele havia quatro grupos de participantes votantes: (1) o primeiro composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social (INAMPS), Educação, Saúde e Trabalho, além de representantes das secretarias estadual e municipal de saúde; (2) o segundo grupo era formado por dois representantes dos usuários e um profissional de saúde indicados por cada uma das CLIS; (3) o terceiro, por representantes de organizações de profissionais e trabalhadores do setor saúde; (4) o quarto, por representantes das centrais sindicais, CUT e CGT, da UAMPA, do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Porto Alegre, da associação estadual dos prestadores privados de assistência hospitalar (AHRGS), da associação estadual dos hospitais sem fins lucrativos e da comissão de saúde da Câmara de Vereadores.

(2º) A Comissão Coordenadora era responsável pela organização e coordenação do trabalho global da CIMS, estabelecendo a agenda das reuniões plenárias e representando o fórum. Era composta por sete membros, eleitos pelos membros votantes do plenário. Embora não fosse exigido pelo regimento interno, o secretário municipal de saúde foi o coordenador, enquanto a Comissão existiu.

(3º) A Secretaria Técnica era encarregada por preparar avaliações, planos, projetos, propostas, consultas e relatórios para ajudar o Plenário a tomar decisões. Os membros da Secretaria Técnica eram representantes do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, do INAMPS, das secretarias municipal e estadual de saúde, cuja indicação fosse aprovada pelo Plenário, e mais cinco membros do Plenário, por ele eleitos.

A norma também estabelecia que as CLIS, nos Distritos, participariam do processo decisório, ajudariam a supervisionar os cuidados de saúde prestados e a definir as prioridades de saúde em suas respectivas áreas territoriais.

Em 1989, ocorreram duas mudanças na organização da CIMS. Uma delas foi a exclusão do representante do INAMPS do Plenário (CIMS, 1989, 19/10). Em decorrência da implantação do programa SUDS, durante os anos de 1988 e 1989, a gestão desse instituto no Rio Grande do Sul foi transferida para a Secretaria Estadual de Saúde, aprofundando o processo de integração e descentralização do sistema de saúde no estado. Houve também mudanças na Comissão de Fiscalização. Em junho de 1988, uma nova comissão composta apenas de usuários foi nomeada pelo Plenário. No entanto, profissionais de saúde dela participavam quando as inspeções aconteciam (ENTREVISTA/15, 1992; ENTREVISTA/27, 1992). As normas de funcionamento da Comissão de Fiscalização foram modificadas em 1989 (COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO/CIMS, 1989). Novas regras, aprovadas em Plenário, estenderam a 'jurisdição' da Comissão a todos os cuidados de saúde prestados por qualquer serviço de saúde de Porto Alegre. As irregularidades a verificar

poderiam ser de qualquer tipo. Também foi estabelecido que a Comissão deveria visitar regularmente hospitais ou serviços de saúde ambulatoriais e apresentar um relatório a ser discutido pelo Plenário, com vistas a buscar soluções para as irregularidades detectadas pela comissão de fiscalização. Durante 1988, 1989 e 1990 a Comissão de Fiscalização foi muito ativa. Muitos hospitais contratados pelo INAMPS e outros serviços de saúde sofreram visitas de inspeção (CIMS, 1988, 1/7, 6/6, 7/7, 18/8, 27/10, 1/12; CIMS, 1989, 1/5, 16/2, 2/3, 4/5, 3/8, 5/10, 19/10, 30/11; CIMS, 1990, 18/1, 17/5, 5/7, 19/7, 8/11, 22/11). O INAMPS aceitou os relatórios negativos da Comissão de Fiscalização como evidências que fundamentaram o cancelamento de contratos ou, pelo menos, para exercer pressão sobre os hospitais para melhorar seus serviços. Os relatórios da Comissão resultaram na suspensão de alguns contratos, que só foram revalidados quando as melhorias foram realizadas (ENTREVISTA/7, 1992; ENTREVISTA/11, 1992; ENTREVISTA/13, 1992; ENTREVISTA/15, 1992).

Em 1989, profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuavam em unidades da Secretaria Estadual de Saúde, tornaram-se dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde quando, em 1989, o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu o governo municipal. A proximidade pretérita entre lideranças populares e os novos dirigentes, e o compromisso destes com a promoção da participação na gestão pública, se por um lado facilitou as relações entre as autoridades municipais de saúde e representantes dos usuários na CIMS, por outro não impediu a atuação firme e independente desses líderes na defesa dos interesses populares.

A partir de 1989, os usuários que eram participantes regulares das comissões locais de saúde ajudaram a consolidar os Conselhos Populares do Orçamento Participativo (OP), que havia sido criado pela administração municipal do Partido dos Trabalhadores (PT), em suas respectivas regiões (ENTREVISTA/28, 1992, ENTREVISTA/CLIS3, 1993, ENTREVISTA/CLIS9, 1993, ENTREVISTA/CLIS10, 1993). Houve uma sinergia participativa em que lideranças populares envolvidas com as questões de saúde definiam as principais demandas e proposições em suas regiões e as

apresentavam durante as assembleias do nos Conselhos Populares regionais e nas instâncias municipais do OP. A possibilidade de influenciar as decisões tanto nas CLIS e nas instâncias participativas do OP, criava incentivos a maior participação. Ao mesmo tempo, ativistas dos movimentos sociais urbanos das regiões participaram ou apoiaram as atividades dessas comissões locais de saúde (ENTREVISTA /15, 1992).

Em 1991, ano que antecedeu a criação do Conselho Municipal de Saúde, não houve mudança relevante no funcionamento da CIMS e sim uma intensa discussão em torno do Projeto de Lei que, uma vez aprovado pela Câmara Legislativa de Porto Alegre, transformaria a CIMS em Conselho. As discussões nas reuniões plenárias concentraram-se no tema das emendas ou modificações ao Projeto de Lei de criação do Conselho proposto pela comissão coordenadora (CIMS, 1991, 05/02, 05/16, 21/11). Os representantes dos usuários apoiados por representantes de profissionais e trabalhadores de saúde foram os mais influentes no processo decisório, que conduziu à criação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, por meio de Lei Municipal, em 20 de maio de 1992 e à organização e realização, no mesmo ano, da 1ª Conferência Municipal de Saúde.

Considerações Finais

A proposta de apresentação da trajetória histórica do movimento popular urbano na área de saúde nos anos 1980, que culminou com a criação da CIMS que originou o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, teve como propósito o convite a olharmos com os olhos de hoje para as mobilizações que ocorriam na área de saúde da cidade enquanto se formavam as bases da democracia brasileira e se iniciava a construção do SUS. Esse processo foi sustentado pelos movimentos popular e sindical, que renasciam renovados em meio à luta contra a ditadura e suas políticas sociais excludentes, apoiados por trabalhadores e profissionais de saúde comprometidos com a reforma do sistema brasileiro de saúde e com a democratização do sistema

público e da gestão em saúde. A sinergia criada nas lutas e pelos propósitos políticos compartilhados superaram discordâncias e conflitos que não deixaram de existir, o que permitiu que a ação coletiva conduzisse à construção nas regiões e no nível municipal de fóruns de discussão das questões de saúde cujo enraizamento social é demonstrado pelo fato de ainda hoje serem ativos e serem os principais produtores de demandas na cidade por melhor qualidade e pela expansão da atenção à saúde no SUS.

Vivemos tempos sombrios em que é contestada a própria existência do SUS – de acordo com os princípios constitucionais que estabelecem a obrigatoriedade de participação dos usuários por meio de conselhos e conferências, descentralização e hierarquização da atenção integral à saúde – por gestores federais e, eventualmente, por dirigentes estaduais e municipais de saúde. O exemplo do passado pode auxiliar para que guiemos a ação política no sentido de construir mobilizações que agreguem atores individuais e coletivos de modo similar ao que ocorreu na década de 1980 para que enfrentemos juntos as ameaças à democracia e aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde e o direito de participar dos fóruns participativos constituídos ao longo das três últimas décadas. Os conselhos de saúde nas regiões da cidade, a CIMS e o processo de criação do Conselho Municipal de Saúde tiveram protagonistas que agiram em concertação para agregar forças na luta contra a desigualdade social, pela democracia e pelo direito à saúde. Em um contexto político em que é possível identificar quem tem e quem não tem compromisso com essa luta, é importante recordar como foi difícil e longa a jornada que constituiu o SUS e os fóruns participativos no Brasil e em Porto Alegre, e construir estratégias de ação que agreguem lideranças de usuários, profissionais e trabalhadores de saúde e gestores na defesa do legado virtuoso dos anos 1980.

Referências bibliográficas

BAIERLE, S. G. (1992). Um novo princípio ético-político: Prática social e sujeito nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre nos anos 80. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas.

CATTANI, A. M. C., SALLES, A. L. S. e AINHOREN, L. (1988), Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde no Município de Porto Alegre - Identificação dos Fatores que Determinam o Processo. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Fotocopiado.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1985), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1986), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1987), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1988), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1989), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1990), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. (1991), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

CÔRTEZ, S. M. V. (1995), User Participation and Reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre. Tese de Doutorado, Londres: Department of Social Policy and Administration, London School of Economics and Political Science.

CÔRTEZ, S. M. V., MICHELOTTI, F. C., GOLDONI, A. C., SANTOS, L. A. (2009), Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. *In*: CÔRTEZ, S. M. V. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO/CIMS (1989), Arquivos da Comissão de Fiscalização. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

ENTREVISTA/4 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 27 de Outubro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/7 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 13 de Outubro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/8 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 4 de Novembro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/11 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 11 de Novembro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/13 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 10 de Novembro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/13 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 10 de Novembro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/15 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 26 de Outubro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/23 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 24 de Novembro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/27 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 27 de Outubro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/28 (1992), Entrevista realizada por Soraya Côrtes, 19 de Novembro. Transcrita. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.

ENTREVISTA/CLIS10 (1993), Questionário: CLIS 10 trajetória. Porto Alegre: Arquivos de Soraya Cortes.

ENTREVISTA/CLIS2 (1993), Questionário: CLIS 2 trajetória. Porto Alegre: Arquivos de Soraya Cortes.

ENTREVISTA/CLIS3 (1993), Questionário: CLIS 32 trajetória. Porto Alegre: Arquivos de Soraya Cortes.

ENTREVISTA/CLIS4 (1993), Questionário: CLIS 4 trajetória. Porto Alegre: Arquivos de Soraya Cortes. ENTREVISTA/CLIS4 (1993), Questionário: CLIS 4 trajetória. Porto Alegre: Arquivos de Soraya Cortes.

ENTREVISTA/CLIS9 (1993), Questionário: CLIS 9 trajetória. Porto Alegre: Arquivos de Soraya Cortes.

ROSA, M. S. O. (1989), Educação em saúde nos serviços de saúde: Falácia, realidade ou utopia? Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SECRETARIA TÉCNICA/CIMS (1985), Atas de reunião. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. Arquivos da CIMS. Porto Alegre.

SILVA, M. K. (2001), Construção da "participação popular": análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: EMBATES E PROJETOS PELO DIREITO À SAÚDE EM PORTO ALEGRE¹

Ana Paula de Lima

Frederico Viana Machado

Maria Letícia de Oliveira Garcia

Introdução

Desde sua fundação, datada de 20 de maio de 1992, o Conselho Municipal de Porto Alegre (CMS/POA) desenvolve sua função na formação e controle das políticas de saúde. Ao longo desses quase 30 anos de atuação, o CMS produziu registros que enriquecem as memórias da participação e do controle social em saúde na cidade, tendo sido publicados quatro livros comemorando os 10, 15, 20 e 25 anos de sua criação. Os livros estão disponíveis no site do CMS² e remontam capítulos da história de construção do Serviço Único de Saúde (SUS) no município: casos históricos da defesa do SUS na capital, resultantes da aguerrida luta por serviços de saúde de qualidade na cidade.

O CMS foi precedido pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Porto Alegre (CIMS), criada em agosto de 1984, fundamentada nas normas das Ações Integradas de Saúde (AIS). A CIMS foi uma instância colegiada concebida para aprimorar e fiscalizar os serviços de saúde, sendo designada como uma instância local de planejamento, gestão e

¹Este capítulo é uma versão ampliada e atualizada do texto “Conselho Municipal de Saúde: reafirmando as lutas pelo direito à saúde em Porto Alegre” (Garcia, Lima & Machado, 2021).

²http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=3&p_secao=16

acompanhamento das AIS (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002). Como relatado no livro de comemoração dos dez anos do CMS:

O início das atividades da CIMS e da Secretaria Técnica (SETEC) aconteceu em setembro de 1985, mas somente durante o ano de 1986 tanto a CIMS como a SETEC passaram a funcionar normalmente com reuniões semanais. Faziam parte das mesmas a Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS), e contava-se ainda com a Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul AHRGS, Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Porto Alegre COSMAM e COMSABES (p.3).

A CIMS foi uma instância colegiada pensada para melhorar e fiscalizar os serviços de saúde, sendo designada como uma instância local de planejamento, gestão e acompanhamento das AIS:

A CIMS, a partir de 1989, consolida-se como fórum de gestão colegiada das ações de saúde, deliberando, normalizando, fiscalizando e controlando a política de saúde no município. Para fortalecer-se, a CIMS contou com o crescimento das Comissões Locais de Saúde (CLIS). O município foi dividido em onze regiões, tendo cada região uma CLIS. As CLIS, assim como a CIMS, eram constituídas pelos prestadores de serviço, pelos trabalhadores da área de saúde, pelas instituições governamentais e pelas associações de moradores (p. 4).

Em 1990 foram publicadas as leis que regulamentam SUS e instituem as conferências e os conselhos de saúde. Esse processo de controle social se dá através da participação da comunidade, que tem no seu escopo de atribuições a definição, execução e acompanhamento das políticas de saúde. Nesse

contexto, em 1992, após um longo processo de discussão, foi promulgada a Lei nº 277/1992, que institui e define o papel e a composição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A partir deste momento, a CIMS se transforma no CMS.

Funcionamento e Infraestrutura

De acordo com o art. 1º de seu Regimento Interno, o CMS é a instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do SUS em Porto Alegre, com composição, organização e competências fixadas na Lei Federal nº 8.142/90 e na Lei Complementar nº 277/92, do município. Tem por competência: a formulação de estratégias, fiscalização, controle avaliação da execução da política de saúde no âmbito do município; propor e aprovar as diretrizes a serem observadas no Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual e do Orçamento Anual; propor e aprovar critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos, apreciando e deliberando sobre o seu respectivo plano de aplicação.

O CMS é composto por: Plenário; Núcleo de Coordenação; Secretaria Executiva; Assessoria de Planejamento; Assessorias Especiais; Comissões Temáticas, Conselhos Distritais de Saúde, Conselhos Locais de saúde e Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas. O Plenário do Conselho é a instância máxima de deliberação que se reúne ordinariamente, na primeira e na terceira quinta-feira do mês, e extraordinariamente sempre que necessário, e suas deliberações são consubstanciadas em resoluções, recomendações e notas, cartas abertas e manifestações que são divulgadas através do seu site e das mídias sociais³.

Embora as reuniões do plenário ocorram no auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o espaço é insuficiente para receber os conselheiros e visitantes, considerando que as reuniões são abertas à participação da comunidade. Além dos conselheiros, as reuniões são muito frequentadas por

³Acesse em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms>

trabalhadores, estudantes e professores das instituições de ensino que atuam nos distritos docentes assistenciais. Principalmente em Plenárias com temas de maior interesse e audiências públicas, o CMS tem solicitado o empréstimo de outros espaços públicos.

O quadro de pessoal do CMS previsto em seu regimento interno está incompleto, carece de um assistente administrativo e três assessores técnicos, além das assessorias contábil e jurídica que nunca foram designadas. Com relação à garantia das condições estruturais para o pleno funcionamento, como não houve atendimento das necessidades de reposição a partir das vacâncias nos últimos quatro anos, esta demanda foi encaminhada para o Ministério Público, com solicitação de providências frente aos efeitos de obstaculização do exercício das funções legais, sem a garantia das condições estruturais mínimas. Desse modo, já existe expediente em tramitação na Promotoria de Justiça e Direitos Humanos do Ministério Público do Estado (MPE) e algumas ações civis públicas que foram ajuizadas ao longo desse período, a fim de garantir as condições mínimas para o seu pleno funcionamento e do cumprimento do dever legal do Executivo Municipal de prover tais condições.

O CMS reivindicou judicialmente a garantia de suas competências, obtendo resultados favoráveis. Exemplo disto foi a sentença do TRF4, que determinou à prefeitura que incluísse o órgão nas deliberações do município sobre novos contratos, convênios e projetos que venham a ajustar no âmbito do SUS, devendo ser assegurada a participação do controle social nas ações e serviços de saúde ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). A Ação Civil Pública foi movida pelo MPF por solicitação do CMS/POA, com o objetivo de assegurar a participação da comunidade no SUS. Embora o escopo dessas atribuições já estivesse previsto em Lei, essa decisão judicial é um marco histórico que reafirma o caráter deliberativo da atuação do Conselho, anteriormente, nunca houve garantia de participação do CMS em todos os contratos celebrados pela SMS. A partir dessa decisão o controle social atingiu um novo patamar, incidindo de forma mais efetiva sobre os aspectos econômicos.

Ações e desafios atuais: não existe saúde sem democracia

A Reforma Sanitária Brasileira (RBS) se constituiu como um amplo processo de luta e mobilização social, envolvendo diferentes atores sociais em disputa para produzir ações coletivas que interferissem na realidade sanitária do país, sob a égide dos conceitos de Democracia e de universalização da Cidadania.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, se constituiu num marco desse processo, ao introduzir o tema da participação direta da comunidade na organização da política de saúde e da indissociabilidade dos determinantes sociais no processo de produção saúde-doença. A ideia-força de que “Não existe Saúde sem Democracia” garantiu pela primeira vez a participação da população e não só de representantes das instituições; e avançou na construção do entendimento de que as políticas públicas devem ser expressão da construção coletiva na garantia dos direitos, indicando assim a necessária inversão na tradição da gestão em saúde no Brasil, que deveria ser construída como política de estado e não de governo: aí estão lançadas as bases para a criação do SUS.

Esse é um processo em constante disputa e que foi se consolidando ao longo desses 30 anos do SUS. Mesmo com a garantia constitucional, o SUS nunca deixou de enfrentar os tensionamentos vinculados à disputa e a correlação de forças entre a garantia do pacto social instituído na Constituição e o papel do Estado no Brasil. A história do SUS foi forjada na relação entre os avanços e retrocessos da construção do regime democrático e do estado de direito, com todas as contradições que constituem a realidade social do nosso país.

As ações do CMS se inserem nessa arena de disputas, e em relação ao contexto local, destacamos acontecimentos recentes, que expressam os impasses vividos pelo controle social e o papel do CMS: 1) o processo eleitoral para o núcleo de coordenação do CMS (biênio 2018/2019) e suas decorrências na gestão do CMS e relações com o Executivo Municipal; 2) Projeto de Lei Complementar nº 026/2021; 3) 8ª Conferência Municipal de Saúde; 4) A gestão

da Saúde da Família no município e o Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF); 5) Articulação com o Departamento de Saúde Coletiva/UFRGS ações de Educação Permanente.

1. CMS/POA: Como anda a saúde da nossa democracia?

Em 2017, durante o processo eleitoral para a escolha de núcleo de coordenação para o CMS biênio 2018/2019, ocorreu a denominada “intervenção” ao CMS, implementada pelo Gabinete do Secretário da Saúde de Porto Alegre (GS-SMS) e legitimada pela Procuradoria Geral do Município (PGM-POA). A referida intervenção teve origem na suposta afirmação, por parte da gestão municipal, de que havia irregularidades na composição da chapa vencedora da eleição do CMS/POA, visto que a seu juízo os conselheiros do plenário e do núcleo não haviam sido designados ou eleitos de modo correto.

O secretário da saúde emitiu memorando circular determinando que enquanto não fosse regularizada a situação, estava proibida a participação de qualquer servidor público, em horário de expediente ou representando a Secretaria Municipal de Saúde, nas reuniões convocadas pelo Conselho ou pelo Núcleo de Coordenação da gestão 2016/2017 ou dos irregularmente eleitos no dia 22 de fevereiro de 2018.

Além disso, deliberou unilateralmente barrar o encaminhamento de informações, respostas e documentos oficiais a membros do Conselho com mandato expirado ou os considerados irregularmente eleitos. Seriam respondidas apenas as informações requeridas através da Lei de Acesso à Informação. O memorando proibia o acesso às dependências do próprio Conselho, bem como toda a sua estrutura logística e de equipamentos, como e-mails, site, documentos, processos administrativos físicos e eletrônicos, realização de reuniões ou quaisquer atos.

Com base em tais proibições, o memorando determinou que o gabinete do secretário emitisse ofício assinado pelo Secretário Municipal requerendo a todas as entidades e instituições integrantes do plenário do CMS que indicassem novo representante, informando que em seguida o secretário

designaria uma nova comissão eleitoral a fim de que fosse retomado o processo de nova eleição para o Núcleo de Coordenação do CMS. Como ato derradeiro, proibiu a posse dos conselheiros, uma vez que considerava a eleição irregular e ilegítima.

Diante disso, o núcleo de coordenação eleito construiu - com apoio das entidades que compõem o CMS, e de representações de diversas associações, movimentos sociais, entidades e sindicatos - um ato de resistência contundente na afirmação da legitimidade, da autonomia, da trajetória histórica desses mais de 30 anos de luta em defesa do SUS em Porto Alegre: realizou o ato de posse no pátio da sede da Secretaria Municipal de Saúde, reunindo mais de cem pessoas, das comunidades, trabalhadores, entidades e parlamentares, para afirmar sua disposição de luta na defesa da Democracia e do Controle social.

No dia primeiro de março de 2018, mesmo com o acesso proibido às dependências da sede da SMS, foi realizada a primeira Plenária da nova coordenação do CMS, no espaço da associação de trabalhadores da SMS, marcado como um dia de protesto, resistência, luta e defesa da democracia e da liberdade. Após a posse e diante da gravidade das restrições impostas, o CMS representou a situação e as repercussões desse ato administrativo. A legislação vigente, Lei n.º 8.142/90, que garante ao CMS o caráter permanente e independente do controle social, foi a base legal utilizada pelo MPE/PJDH para a ação civil pública apresentada na 2ª vara da Fazenda Pública, requerendo liminarmente a nulidade dos atos do secretário municipal de saúde.

Na sequência, o Núcleo de Coordenação adotou medidas para enfrentar os ataques feitos pelo secretário da pasta, dentre as quais, reuniões com os Conselhos Distritais e Conselhos Locais de Saúde, manifestação na Tribuna Popular da Câmara Municipal, denúncia a parlamentares da Câmara Federal e do Senado da República, que demonstraram solidariedade ao CMS através de pronunciamentos em seus respectivos plenários, gerando repercussão e apoio nacional ao CMS/POA.

Um conjunto de entidades e movimentos sociais lançou nota de repúdio à intervenção na eleição do CMS, classificando-a como autoritária e ilegal.

Subscreveram a nota o Sindicato dos Municipários de Porto Alegre (SIMPA), Sindicato dos Farmacêuticos do RS (SINDFAR-RS), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), CTB-RS, CUT-RS, Rede de Mulheres Negras para Soberania de Segurança Alimentar e Nutricional (REDESAN), Fórum Gaúcho de Saúde Mental, Ocupa SUS/RS e Rede Unida.

No dia 13 de março de 2018, a justiça estadual concedeu liminar favorável ao CMS, determinando ao município que viabilizasse o funcionamento do órgão de controle social no SUS, devendo o gestor público se abster de aplicar as restrições impostas no memorando circular, quais sejam: a) as proibições de participação de servidores públicos nas reuniões convocadas pelo Conselho Municipal de Saúde ou pelo seu Núcleo de Coordenação eleito, restando vedada a imposição de qualquer sanção ao servidor que assim proceder; b) o uso de serviços e bens públicos para atos e reuniões do Plenário do Conselho Municipal de Saúde ou de seu Núcleo de Coordenação eleito; c) o acesso a e-mails e sites oficiais do Município de Porto Alegre, documentos públicos e processos administrativos e eletrônicos ao Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde eleito. O resultado da decisão liminar foi comemorado como uma vitória do controle social. Mesmo após a concessão de liminar, o secretário de saúde continuou impondo restrições e obstaculizando o exercício das atribuições do controle social, assim as determinações da sentença. O Núcleo de Coordenação representou junto ao Ministério Público de Contas do Tribunal de Contas do RS que emitiu uma medida cautelar determinando que a prefeitura se abstenha de impor restrições à atuação dos membros do CMS, empossados para o biênio 2018/2019.

Em agosto de 2018 a juíza da 2ª vara da Fazenda Pública julga procedente a Ação Civil Pública ajuizada pelo MPE/RS para o fim de reconhecer e declarar a ilegalidade do Memorando Circular de 28.02.18 em sua integralidade, condenando o demandado a abster-se de impor restrições aos membros do Núcleo de Coordenação do CMS/POA para o exercício das atividades do referido órgão. Mesmo diante de tal decisão, o secretário municipal seguiu tomando decisões à revelia da manifestação do CMS, contrariando decisões judiciais

e legislação vigente. No mesmo ano, o CMS encaminhou uma denúncia ao MPE e MPC solicitando providências relativas à legalidade de despesa pública, especialmente acerca da consistência jurídica da inexigibilidade de licitação de recursos utilizados para publicidade, pleiteado pela SMS, porém sem a prévia análise e deliberação do CMS.

Ainda em 2018, o plenário do CMS discutiu e aprovou seu novo regimento interno, incluindo as alterações necessárias para fins de adequação à resolução 543/2019 do CNS. No entanto, o gestor da saúde colocou a esse documento toda sorte de empecilhos descabidos, impedindo sua publicação.

2. Projeto de Lei Complementar nº 026/2021

Desde a gestão do prefeito Nelson Marchezan tem sido aventada a proposição de uma lei que reorganize o CMS, reduzindo de forma inconstitucional seu poder deliberativo. Na gestão do prefeito Sebastião Melo foi proposto o Projeto de Lei Complementar nº 026/2021, que revoga a Lei Complementar n. 277/92. Tai projeto, em seu art. 1º, incluía o caráter consultivo ao Colegiado e afrontava o caráter deliberativo, regulamentado pela Lei Federal n. 8142/90.

No dia 1º de setembro, ainda antes de ser sancionada, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul emitiu a Recomendação CES/RS nº 05/2022, que sugeria ao prefeito Sebastião Melo que vetasse Lei Complementar 026/2021, apresentando farto embasamento jurídico e normativo. Reconhecendo neste projeto uma afronta ao princípio da participação da comunidade que retira a possibilidade de fiscalização popular das políticas de saúde, Alberto Terres, então vereador suplente, apresentou o Projeto Substitutivo nº 01, que resgatava o Projeto de Lei Complementar do Executivo nº 006/2016. Este projeto havia sido proposto pelo Colegiado do CMS ainda durante a gestão do prefeito José Fortunati, que tinha como vice o próprio Sebastião Melo, atual prefeito. O substitutivo havia sido fruto de um amplo debate do Poder Público Municipal com todas as instâncias do controle social e foi aprovado pelo Pleno do CMS.

No dia 02 de setembro, o CMS emitiu a Nota Pública sobre o Projeto de Lei Complementar nº 026/21 do Executivo Municipal, argumentando que este traz modificações graves ao caráter do CMS, atribuindo-lhe caráter consultivo, diferente do que está preconizado na Lei Federal. Nesta ocasião, o CMS recebeu apoio de abaixo-assinado organizado pelo Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS, Moção de Repúdio contra o Ataque ao CMS/POA do Encontro Nacional das Residências em Saúde, ocorrido na Bahia. Além disso, o CMS publicou o Manifesto às Vereadoras e Vereadores de Porto Alegre, demonstrando as diferenças entre os dois projetos apresentados à Câmara de Vereadores, bem como um abaixo assinado realizado no Pressione.com, com 1262 assinaturas a favor do Projeto Substitutivo do CMS; organizou duas audiências públicas, uma sobre o PLCE 026/21 e outra do Projeto Substitutivo, ambas com a forte presença de usuárias/os, trabalhadoras/es e entidades e uma ausência marcante de vereadores da base governista, para o amplo debate e o real entendimento do que significa o controle social e o SUS.

Infelizmente, o substitutivo foi reprovado e a câmara dos vereadores optou por aprovar o PLC nº 026/2021, sancionada pelo prefeito como Lei Complementar nº 955, no dia 28 de setembro de 2022. Na sessão de votação, o CMS realizou na Câmara dos Vereadores um grande ato de resistência com significativa participação popular contrária à aprovação. Mediante denúncia do CMS, a Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (PJDDH/MP-RS) ingressou com uma Ação Civil Pública, tendo como réu o Município de Porto Alegre, solicitando a concessão de liminar para suspender os efeitos da LC 955/2022. No dia 31 de outubro de 2022, a juíza de direito Sílvia Muradas Fiori, da 4ª Vara da Fazenda Pública do Foro Central de Porto Alegre, atendeu ao pedido de tutela antecipada da Ação Civil Pública pedindo a anulação da Lei Complementar Municipal 955/22, por flagrante ilegalidade. No dia 06 de junho de 2023, a juíza concedeu sentença favorável ao CMS, reconhecendo a ilegalidade da lei e de todos os atos administrativos baseados nela. A sentença ressaltou que futuros projetos de lei sobre a participação social no SUS devem observar os parâmetros fixados pela legislação federal.

3. A 8ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre

Durante o processo de organização da 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 2019, o governo municipal não previu recursos na Lei Orçamentária Anual para sua realização. Frente a isso, o CMS articulou com a casa legislativa que, por meio de um parlamentar defensor do SUS, encaminhou emenda à Lei Orçamentária, permitindo a destinação de recursos para a realização da Conferência. O Secretário de Saúde, como ordenador de despesas, não autorizou a utilização do recurso previsto pela emenda específica e exigiu que todas as decisões que demandassem estrutura da Secretaria fossem submetidas ao seu escrutínio, o que dificultou a organização do evento.

Essa situação de litígio entre a gestão e o Conselho Municipal de Saúde se agravava na medida em que o Secretário Municipal de Saúde e os representantes da gestão se retiraram do núcleo de coordenação. Assim, além das demandas ordinárias que envolvem um evento dessa magnitude, a insistência da gestão em intervir na autonomia e independência do Conselho exigiu um conjunto adicional de iniciativas a fim de garantir a realização das atividades e etapas que compõem o processo de realização de uma Conferência Municipal de Saúde. Nesse contexto, para a realização das etapas da Conferência Municipal de Saúde foi necessário constituir um amplo coletivo de apoio envolvendo entidades de saúde, universidade, trabalhadores e usuários, inclusive com apoio de doações das entidades que compõem o CMS. Tal processo incluiu a realização das atividades preparatórias temáticas, que tinham caráter formativo e não deliberativo, com o objetivo de mobilizar, ampliar e aprofundar os debates dos temas propostos pela 16ª Conferência Nacional de Saúde e qualificar a participação para as Pré-Conferências e a 8ª Conferência Municipal de Saúde.

No mês de março, foram realizadas oito Pré-Conferências Distritais para a eleição dos delegados para a Conferência Municipal, que ocorreu em abril, e para a Conferência Estadual, que ocorreu em maio, como processo ascendente de participação e deliberação, culminando com a realização da Conferência Nacional de Saúde, realizada de 4 a 7 de agosto de 2020.

No cenário conflituoso que descrevemos anteriormente, a construção desse processo foi um desafio desde o início, enfrentando durante todo o período preparatório a incerteza constante sobre as condições para a realização das etapas da Conferência. O governo federal também não havia garantido o financiamento necessário para custear as despesas que envolvem a magnitude do maior acontecimento da participação social do SUS, que ocorre a cada quatro anos, como parte intrínseca do processo de avaliação e consolidação do SUS.

A temática da 16ª Conferência Municipal de Saúde - chamada 8+8 - teve como eixo transversal o tema Democracia e saúde, além de três eixos de discussão: Saúde como Direito, Consolidação dos Princípios do SUS e Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS. Também houve uma inovação na metodologia proposta, incluindo a possibilidade de realização de conferências populares autogestionadas.

Historicamente a Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, capital do estado, é um acontecimento que mobiliza a participação de muitas pessoas interessadas, sejam estudantes, professores, residentes e trabalhadores que não participam diretamente dos espaços de controle social, mas que disputam espaço de participação no momento do processo da conferência pela sua referência na definição das políticas e por seu caráter deliberativo. Assim, apostamos na mobilização desses atores, em especial estudantes, trabalhadores de saúde e universidade, para a construção conjunta desse processo.

A constituição do Conselho Municipal de Saúde tem uma tradição de participação descentralizada, através dos Conselhos Locais de unidades de Saúde e dos Conselhos Distritais de Saúde, nos quais as discussões acontecem na organização das instâncias do controle social em todo seu processo de organização e na realização de Pré-conferências nas oito Gerências Distritais de Saúde, conforme a organização georreferenciada da organização da Rede de Atenção à Saúde no município.

A construção da 8ª Conferência Municipal de Saúde num cenário de tanta adversidade, no qual a prefeitura se exime de garantir as condições para o funcionamento do CMS, nos alerta para as ameaças à participação. Embora as

tensões do controle social no SUS sempre tenham existido, nunca havíamos enfrentado ataques tão ofensivos. Como prova de desrespeito à história do controle social na cidade, pela primeira vez o Secretário Municipal de Saúde e os representantes do segmento gestor não participaram da Conferência Municipal.

Mesmo com todos esses obstáculos, com o apoio fundamental das entidades, universidades, estudantes, trabalhadores e usuários, conseguimos realizar a maior conferência municipal da história da cidade, com mais de mil pessoas, num processo intenso de três meses de organização, elaboração e execução de todas as etapas previstas e a eleição de mais de 50 delegados para etapa estadual. Todos os documentos produzidos no processo da 8ª Conferência Municipal de Saúde constam no site do CMS POA para consulta da população.

4. O Instituto Municipal de Saúde da Família

Desde a década de 1990, o CMS vem alertando ao Executivo Municipalsobre a necessidade de estabelecer um quadro efetivo para a Atenção Básica, com remuneração e demais condições de trabalho que permitam fixar as equipes de saúde da família nas comunidades, integração das equipes, humanização do trabalho em saúde, proporcionando estabilidade, estabelecendo vínculos entre as equipes e as comunidades onde atuam, garantindo que a Atenção Básica seja efetivamente a principal porta de entrada do Sistema de Saúde.

A implementação do Programa de Saúde da Família, em 1996, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família, se deu através da contratação inicial por associação de moradores das comunidades em que as equipes iriam ser implementadas, prioritariamente em regiões com maior vulnerabilidade social. Na medida em que foi se consolidando como estratégia a ser adotada na organização da Atenção Básica, passou a ser feita a contratação Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS). O controle social, através do CMS, apontou a fragilidade desses vínculos como

fator de instabilidade, culminando, após apontamentos do Tribunal de Contas, na necessidade de regularização desses vínculos, o que foi feito por contratação via OSCIP.

Nesse contexto, foi feita uma denúncia de irregularidades e desvio de recursos públicos ao Ministério Público, demandando uma investigação criminal, que culminou com a Operação PATHOS, da Polícia Federal, a qual constatou um desvio de cerca de 10 milhões, referente ao período em que a Saúde da Família foi gerida pela OSCIP SOLLUS.

O Conselho Municipal de Saúde foi protagonista na denúncia dessas ilegalidades e, em 2009, esses recursos retornaram ao Fundo Municipal de Saúde. Nesse ínterim, a partir de 2006, a Saúde da Família passa a ser incorporada como o modelo prioritário da Política Nacional de Atenção Básica, com indução via financiamento variável, o Piso variável da Atenção Básica, para induzir a implementação da política em todos os municípios do país.

Em 2007, em meio às denúncias e à crise que assolava a Atenção Básica no município, o CMS cobrava da prefeitura do município e fazia a denúncia ao Ministério Público Estadual dos efeitos diretos na desassistência e na qualidade do atendimento, apontando que as formas precárias de contratação com que se constitui a implementação da Saúde da Família tinham que ser superadas.

Como resultado desse processo, através de uma Ação Civil Pública, foi construída uma mediação através de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), determinando que o município se abstinhasse de contratar para a Atenção Básica sem a realização de concurso ou seleção pública. Isso culminou com a aprovação, em 2011, da lei que criou o Instituto Municipal de Saúde da Família - IMESF, apesar dos apontamentos e deliberações do CMS indicarem que esse arranjo seria inconstitucional.

Em setembro de 2019, o prefeito, de forma açodada e inconsequente, anunciou a decisão de extinguir o IMESF. O CMS reafirmou publicamente sua posição de que somente através da gestão direta é possível garantir a continuidade das políticas públicas, solicitando aos Ministérios Públicos Federal, Estadual, do Trabalho e de Contas a execução do TAC determinado por estes

órgãos, a fim de evitar a repetição da descontinuidade de 80% da Rede de Atenção Básica e de todas as equipes de Saúde da Família do município.

Desde então o CMS e entidades sindicais envolvidas vieram incansavelmente pressionando a Prefeitura, Ministérios Públicos e Câmara de Vereadores, buscando uma solução que garantisse a continuidade dos empregados públicos e evitasse a desassistência na Saúde. É importante recordar que isso ocorreu durante a Pandemia Covid-19. A administração municipal não dialogou com o CMS, já havia inclusive se retirado no núcleo de coordenação do Conselho, e articulou ações judiciais para efetivar a demissão dos trabalhadores e levar a cabo o processo de repasse da gestão de toda a Saúde da Família para entidades privadas.

Frente à recusa do Executivo Municipal para construção de uma saída participativa, envolvendo todos os atores interessados e sua falta de disposição para mediação (pelos Ministérios Públicos, na busca de uma solução para o conflito), o último recurso foi acionar a esfera judicial, e a partir daí, com várias ações concomitantes sobre o mesmo objeto, acabou por se transformar num grande imbróglio judicial, que com liminares foi sustentada a permanência desses empregados públicos.

Em julho de 2020, a ação do MPF obteve sentença favorável à execução do TAC, estabelecendo o prazo de 90 dias para seu cumprimento. Entretanto, tal ação não prosperou por recurso do município, retornando à justiça estadual. Infelizmente, nesse hiato, entre os tempos do poder judiciário e a da gestão, houve a decisão do Prefeito, em pleno processo de transição de gestão, decorrente da eleição municipal, de efetivar a demissão de todos os trabalhadores do IMESF em dezembro de 2020, sem a garantia de direitos trabalhistas e repassando as pendências jurídico-legais deste ato para o próximo prefeito.

Importante ressaltar que estas demissões se deram durante a Pandemia, em um contexto extremamente delicado para os serviços de saúde. Atualmente, das 135 Unidades de Saúde (US) da Atenção Básica, apenas 5 tem seus serviços prestados de forma própria (Modelo, IAPI, Bananeiras, Belém Novo e Camaquã), as demais funcionam com profissionais terceirizados.

Foram realizadas audiências públicas, plenárias, debate com universidades e entidades, além de grande mobilização das comunidades em seus territórios, todas no sentido de reafirmar a relevância pública do trabalho, do vínculo e da referência para a comunidade atendida, desenvolvida na rede de Atenção Primária. O conselho tem se posicionado e cobrado a necessidade de apresentar uma resposta definitiva para a resolução da situação.

5. A Educação Permanente e os desafios da participação

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem uma trajetória importante na incorporação da Educação Permanente como diretriz de ação formativa (ALENCAR, 2012). O CMS foi reconhecido pelo Prêmio Sérgio Arouca de gestão participativa do SUS, em 2015, na categoria “Experiências exitosas de gestão participativa em municípios com mais de 50 mil habitantes”, com um relato de experiência sobre o CMS/POA, que tem seu registro na publicação pelo Ministério da Saúde.

O CMS se associou ao Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS) e ao Programa de Educação Tutorial Participação e Controle Social em Saúde (PETPCSS/UFRGS), entre outros atores, para a organização de ações e projetos. Entre 2016 e 2018, essa parceria produziu a pesquisa intitulada Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais de Saúde na Cidade de Porto Alegre, que visava conhecer a estrutura institucional e dinâmica de funcionamento dos CLS da cidade. Os resultados foram publicados em uma cartilha (MACHADO, 2018) que foi distribuída na oficina realizada para apresentar e discutir os resultados da referida pesquisa nos dias 24 de novembro e 1º de dezembro de 2018. Esta oficina foi um momento de capacitação e os resultados da pesquisa impactaram inclusive o planejamento anual do CMS. O penúltimo capítulo deste livro relata os resultados desta oficina e anterior ao mesmo apresenta uma síntese com as principais conclusões da pesquisa.

Essa parceria também rendeu a construção do livro “Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS” (CALAZANS, ALENCAR; LUCAS; ALTAMIRANO, 2018). Além da escrita de um capítulo para o livro (MACHADO, BAPTISTA e ALENCAR, 2018), os membros do LAPPACS organizaram as oficinas de escrita que culminaram nos capítulos que compõem o livro.

Nesta parceria também foi realizado o curso Fortalecendo o Controle Social por meio da qualificação de Conselheiros das Comissões de Acompanhamento de Contratos, que aconteceu entre 13/6 e 8/8/19. Esta ação gerou uma cartilha voltada para a capacitação das Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC) e Conselhos Gestores (GUANDET, 2019). Também em 2019 o CMS participou, com o LAPPACS, da organização de dois seminários que simbolizam ações coletivas, articuladas em rede, que responderam ao contexto autoritário e avesso à participação que estamos atravessando.

O primeiro, O Brasil precisa de conselhos: ataques à participação social e os riscos à democracia, foi realizado na sexta-feira, 24/05/2019 no Anfiteatro da Escola de Enfermagem da UFRGS. Discutiu o Decreto 9759/2019, que extingue e limita diversos conselhos de participação popular. O evento contou com a presença de Frederico Alves Costa, professor da Universidade Federal de Alagoas, e Maria Letícia de Oliveira Garcia, então Coordenadora do CMS. O seminário fez parte da campanha nacional O Brasil Precisa de Conselhos e foi organizado conjuntamente pelo PETPCSS, LAPPACS e Grupo de Pesquisa Associativismo, Contestação e Engajamento (GPACE/UFRGS).

Antecedendo a 16ª Conferência Nacional de Saúde, o evento A Reforma Sanitária, 30 anos: como anda a saúde da nossa democracia? foi organizado pelos mesmos grupos do evento anterior, com o objetivo de discutir a reforma sanitária e a atual relação entre saúde e democracia. Aconteceu no dia 30/08/2019, também no Anfiteatro da Escola de Enfermagem da UFRGS, e contou com a presença de Célia Chaves, Diretora do Sindicato dos Farmacêuticos do RS e ex-presidenta do Conselho Estadual de Saúde. Também compuseram a mesa Monika Dowbor, professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unisinos, e André Leite, mestre e doutor em psicologia.

Estes eventos produziram registros que estão disponíveis no YouTube do LAPPACS⁴. Estas iniciativas contaram com a ampla participação da comunidade, que se expressou na diversidade dos setores representados. Foram oportunidades de reafirmar a importância dos espaços de participação social na construção da democracia e das políticas públicas.

A Covid-19 e os desafios da participação

Em 2020, iniciou-se a gestão do núcleo de coordenação para o biênio 2020-2021. Em março foi decretado estado de calamidade pública em Porto Alegre, em função da Pandemia Covid-19. O CMS emitiu um comunicado e uma instrução normativa suspendendo as atividades presenciais em todas as instâncias do CMS. Esse contexto demandou a reorganização da participação. O núcleo de coordenação continuou a se reunir semanalmente através de dispositivos de reunião virtual. Em seguida, foi instituída uma dinâmica para manter as reuniões quinzenais do Plenário, agora com reuniões virtuais com o Fórum dos Conselhos Distritais (que representam todos os territórios da cidade), com representação de trabalhadores e usuários, a fim de garantir um canal de comunicação e diálogo entre o núcleo de coordenação e as demandas dos territórios. O CMS também começou a organizar lives públicas, transmitidas no Facebook do CMS⁵, com os temas emergentes relacionados à situação de saúde em geral, mas principalmente ao enfrentamento da pandemia. Foram 10 lives realizadas no período de março a julho de 2020⁶. Esse formato foi suspenso em agosto de 2020, quando retomamos a realização das Plenárias do CMS/POA. A ideia era que seguissemos realizando lives, mas infelizmente, em função das limitações e falta de condições estruturais, principalmente de pessoal, não conseguimos dar continuidade a esse canal de comunicação. Não houve nenhum provimento de condições de acesso à internet para os conselheiros e nem de equipamentos para participação destes nas Plenárias.

⁴<https://www.youtube.com/@LAPPACS>

⁵Acesso em: <https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/>

⁶As lives estão disponíveis em

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=2343

Considerando os novos desafios impostos pelo distanciamento social e a necessidade urgente de ampliar a troca de informações confiáveis, em meio à avalanche de fake news sobre a Covid-19, o CMS articulou atores da saúde para participar de debates relevantes para o enfrentamento da pandemia. Destaca-se a qualidade dos debates realizados nesse período, inclusive balizadores para tomada de decisões frente aos desafios impostos pela situação emergencial. Foi fundamental a articulação com os Conselhos Estadual e Nacional e destacamos a parceria colaborativa com o Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC/UFRGS), do Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS.

Importante ressaltar o fundamental suporte prestado pela Assessoria de Comunicação do CMS, especialmente aos conselheiros usuários, que em sua maioria tinham dificuldades para utilizar as tecnologias de informação. O CMS desenvolveu alguns instrumentos para tornar acessível e agilizar a comunicação com os conselheiros e usuários do SUS. A comunicação através das redes com os conselheiros possibilitou que denúncias fossem divulgadas rapidamente para a imprensa local e órgãos de controle, informando e pedindo providências sobre as ações de impacto negativo para a saúde da população, como, por exemplo: o fechamento de serviços de Saúde da Família em comunidades vulneráveis, a demissão dos trabalhadores e as terceirizações na Atenção Básica.

Imediatamente após o início da pandemia, em março de 2020, criou-se um espaço específico no site do CMS para divulgar informações sobre o novo Coronavírus. O uso das redes sociais (grupos de WhatsApp, Instagram, Twitter, Facebook e YouTube, site e lista de e-mail) foi intensificado e a Assessoria de Comunicação iniciou um monitoramento diário das notícias e publicações sobre o novo Coronavírus, respaldando o núcleo de coordenação. Um formulário de denúncias específico para a Covid-19 foi disponibilizado para trabalhadores e usuários. Foi realizada uma pesquisa virtual para analisar o uso das redes sociais e site do CMS pelos conselheiros de Saúde. Além disso, o CMS disponibilizou em seu site e em formato de cartilha ilustrada, um

“FAQ” (Frequently Asked Questions) para sanar dúvidas sobre o controle social do SUS. Foram criadas pequenas cartilhas virtuais ilustradas para contribuir com o entendimento de questões importantes sobre Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, bem como divulgar os direitos dos usuários do SUS, temas e muito citados durante a pandemia. Todos esses materiais estão acessíveis no site do CMS de Porto Alegre.

Apesar de todos os impasses e desafios, o ano de 2020 trouxe muitas aprendizagens: formas de comunicação e participação que nunca havíamos utilizado. Avançamos também na ampliação e diversificação de canais de comunicação e interação do CMS em várias mídias sociais. As lives possibilitaram trazer convidados que, de modo presencial, não teríamos conseguido, bem como a ampliação do público interessado. Persistem os desafios para a inclusão digital e garantia da equidade de acesso para a população em geral e para os conselheiros, usuários em especial. Entretanto, a facilidade de acesso para pessoas que nunca haviam participado de nenhuma atividade do conselho é um ganho desse período.

Considerações finais

O CMS/POA, que completou 30 anos em maio de 2022, mas com raízes fortalecidas já desde antes de 1992 na capital, tem um histórico de lutas e enfrentamentos que demonstram sua importância. Há o reconhecimento público na área da saúde da cidade quanto à efetividade e a qualidade da atuação do Conselho que se deve à composição e compromisso das conselheiras e conselheiros que defendem e fiscalizam, intransigentemente, a aplicação adequada dos recursos do SUS.

O relato aqui apresentado discute um período conturbado no cenário político, cujas movimentações avaliamos como retrocessos na defesa do acesso e da qualidade dos serviços públicos. Este texto expressa parte das lutas desenvolvidas no âmbito do CMS e de seu compromisso histórico com a democratização da saúde na cidade. O CMS segue cumprindo seu papel e

enfrentando ataques como sempre fez de forma diligente e comprometida com o interesse público, os princípios do SUS e as necessidades em saúde da população. O colegiado tem as raízes da reforma sanitária, da luta contra a ditadura e pela democracia, o que não é pouco e nem frágil. Suas bases consolidaram a máxima de que não existe Saúde sem Democracia, assim como não existe SUS sem participação e controle social.

Finalizamos este capítulo, celebrando a homenagem recebida pela conselheira de saúde, coautora deste trabalho. No dia 1º de junho de 2023, Maria Letícia de Oliveira Garcia recebeu do Ministério Público de Contas do Rio Grande do Sul (MPC/RS) uma distinção por seus serviços em defesa do SUS como coordenadora do CMS/POA na gestão de 2018 - 2019. A medalha tem o propósito de reconhecer personalidades por relevantes serviços prestados ao controle da Administração Pública e parcerias firmadas com o Ministério Público de Contas.

Referências bibliográficas

ALENCAR, Heloisa Helena R. de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 223-233, mai. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500019>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BAPTISTA, G; ALENCAR, H.; LUCAS, L.; ALTAMIRANO, M. (Org.). Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018. v. 1.

GARCIA, M. L. O.; LIMA, A. P.; MACHADO, F. V. Conselho Municipal de Saúde: reafirmando as lutas pelo direito à saúde em Porto Alegre. In: Mirtha da Rosa Zenker; Marcelo Kunrath Silva; Isabel Letícia Pedroso de Medeiros; Frederico Viana Machado; Brenda de Fraga Espíndula; Carla Michele Rech; Felipe da Luz Colomé; Ivan Daniel Müller. (Org.). Conselhos Municipais de Porto Alegre: histórico e desafios na gestão democrática da cidade. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2021, v. 1, p. 43-54.

GUANDET, Eliza; COSTA, Thaís Souza; et al. Cartilha para as Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC) e Conselhos Gestores. Ilustrações de Gabriela Guandet. [Porto Alegre]: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2019. Disponível em:
https://www.academia.edu/40264962/Cartilha_para_as_Comiss%C3%B5es_de_Acompanhamento_de_Contratos_CAC_e_Conselhos_Gestores. Acesso em: 08 jun. 2021.

MACHADO, F. V.; BAPTISTA, G. C.; ALENCAR, H. H. R. Os espaços de controle social como possibilidade de formação e o papel estratégico da educação permanente. In: BAPTISTA, Gabriel Calazans; ALENCAR, Heloisa H. R. de; LUCAS, Loreni; ALTAMARIANO, Marisa Martins (org.). Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018. v. 1. p. 28-37.

MACHADO, Frederico Viana; FERNANDES, Joana Olívia (coord.). Caderno de Resultados - Pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: análise dos conselhos locais. [Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2018]. Disponível em:
https://www.academia.edu/37966854/Caderno_de_Resultados_Pesquisa_Desafios_da_Participa%C3%A7%C3%A3o_Social_na_At%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica_An%C3%A1lise_dos_Conselhos_Locais. Acesso em: 08 jun. 2021.

TRÊS DÉCADAS DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE EM PORTO ALEGRE E NO BRASIL: O VALOR DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA A TOMADA DE DECISÕES EM TEMPOS DE PANDEMIA OU EM QUALQUER TEMPO

Fernando Zasso Pigatto

Perspectivas históricas: o povo e a saúde pública brasileira

Para tratar dos elementos específicos que envolvem o papel do controle social em meio à crise sanitária da covid-19, que afeta Porto Alegre, o Rio Grande do Sul, o Brasil e o mundo, é preciso compreender as perspectivas históricas que colocam o Sistema Único de Saúde (SUS) como patrimônio brasileiro, fruto de ampla mobilização popular nacional. A saúde pública no país, nos moldes que se apresenta na atualidade, não surgiu por decisão de gestão, mas por herança e esforço coletivo dos movimentos sanitarista e social de redemocratização, com ápice nas décadas de 1970 e 1980.

Antes disso, a Constituição de 1891 atribuía ao Estado a responsabilidade das ações de saúde e saneamento, sem participação popular. As primeiras políticas de saúde, no final da década de 1910, foram marcadas pelo modelo medicalocêntrico, onde apenas intelectuais e a elite podiam intervir. Nesta época, a visão determinista e racista de que negros, indígenas e mestiços eram inferiores pairava na sociedade, inclusive na ciência. Isso estava associado ao surto de peste bubônica, que assolava os mais pobres, delineando uma imagem de “Brasil doente” (LIMA, Nísia Trindade, *et al*, 2005). Hoje, os mais afetados pela covid-19 seguem sendo aqueles mesmos do passado, os quais o Estado ainda não conseguiu reparar sua dívida histórica, seja na capital gaúcha ou em qualquer outro território brasileiro.

O movimento liderado pelo cientista Oswaldo Cruz, importante referência para implementação de uma nova saúde no país, evidenciou que o problema das mazelas sanitárias estava ligado não às condições biológicas da população, que foi escravizada e violentada pelo Estado por séculos, mas à ausência de saneamento básico. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado pela Lei nº 378, de 1937, como órgão consultivo, era elitista, com todos os membros indicados pelo próprio Ministério da Saúde inviabilizando divergências e a participação social. O acesso à saúde era daqueles considerados “cidadãos”, excluindo-se dessa noção amplas parcelas da população.

Somente em meados da década de 1980, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a reabertura democrática, após um prolongado período de regime militar - inviabilizando o desenvolvimento das políticas sociais no país - que tivemos uma inserção real da diversidade da população brasileira na deliberação sobre as políticas públicas. Conquistamos uma nova Constituição em 1988, referenciada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1945), que resultou no capítulo “Da Saúde”, posteriormente na legislação do SUS e da participação da comunidade na deliberação, monitoramento e fiscalização do orçamento da área. Por isso, é impossível dissociar a saúde pública brasileira da noção de democracia, cidadania e das lutas políticas e sociais que se travaram ao longo do tempo.

Poucos anos depois, em 1992, era criado o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, responsável por lutas históricas que, nesses 30 anos, vêm aprimorando a saúde pública na capital do Rio Grande do Sul, sendo referência de atuação para outros municípios no estado e no país.

O controle social na Saúde conta com representações de usuários do SUS, do governo, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, com eleições periódicas. É um espaço crítico e fundamental para evidenciar a voz do povo, sendo capaz de subsidiar as tomadas de decisões. A atuação do controle social brasileiro em tempos de pandemia gerou ações para amenizar o caos instaurado pela crise sanitária atual. Nesse período, o CNS constituiu, junto a entidades acadêmicas, científicas e sociais a Frente pela Vida, que apresentou o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia Covid-19.

Desde 2016, temos um processo constante de desfinanciamento público. A Emenda Constitucional 95 congela por duas décadas os investimentos nas áreas sociais, principalmente no SUS, o que limita de forma drástica as possibilidades de enfrentamento à pandemia e compromete o futuro, com perda estimada em R\$ 400 bilhões, de acordo com a Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS. Este é mais um período histórico para a saúde pública brasileira, marcado não pela ausência de marcos legais, mas pela afronta constitucional e retirada de direitos da população, com pouca escuta da gestão federal, numa tentativa evidente de minimizar o papel do controle social para a tomada de decisões.

No contexto atual de ataque à democracia, os diferentes espaços de controle social têm vivenciado um processo de criminalização dos movimentos sociais, ferindo frontalmente o princípio da participação social. Precisamos destacar também a revisão arbitrária da Política Nacional da Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental, em 2017, que foram alteradas sem consulta ao controle social, sem debate com a sociedade, atendendo a interesses de lobbys internos da gestão com o mercado.

Outro retrocesso que precisamos enfrentar é o “Previne Brasil”, de 2019. O novo modelo proposto leva em consideração a captação ponderada, com percentuais por meio de desempenho, sendo que quem não estiver cadastrado não terá acesso aos serviços ofertados pelo SUS. O pagamento será por desempenho, excluindo indicadores que hoje são relevantes, assim como programas importantes como o do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todos esses retrocessos demandam esforços conjuntos que possam subsidiar estratégias de mobilização social e ação que articulem os diferentes atores.

Ao longo deste capítulo, são abordadas as principais ações do controle social nacional na saúde no período de pandemia, sempre sob a visão de que é impossível construir um país mais justo e democrático, com um sistema de proteção social público e universal, sem a participação social como elemento prioritário da gestão pública. E sempre com a visão de que a partir da união dos entes da Rede Conselhos, que une o controle social em nível local, municipal, distrital, estadual e nacional, será possível fortalecer as lutas em defesa do SUS.

Desafios da organização do CNS para atuar em cenário de pandemia

O CNS, órgão garantido e regulamentado pela Lei nº 8.142/1990 e instância máxima de controle social na saúde, tem missão de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde.

Composto por conselheiros e conselheiras representantes de segmentos, tem distribuição paritária dos assentos, sendo 50% usuários, 25% trabalhadores em saúde e 25% gestores e prestadores da área. O CNS está organizado em Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Comissões, Câmaras Técnicas e Secretaria-Executiva.

O Plenário é o fórum de deliberação conclusiva. A mesa Diretora é composta por oito integrantes eleitos pelo mesmo e tem responsabilidade na condução de processos administrativos e políticos deliberados pelo Plenário. A Presidência coordena o CNS e o representa de forma global, expedindo atos decorrentes de suas deliberações.

As Comissões Intersetoriais, relacionadas no Quadro 1, são espaços de assessoria ao pleno do CNS, com representantes de instituições governamentais e não-governamentais, da comunidade científica e de entidades populares, empresariais, profissionais e prestadores de serviço da saúde. Já as Câmaras Técnicas são criadas para apoiar e fortalecer o trabalho das comissões e do pleno, fomentando pesquisas, estudos e investigações sobre assuntos específicos. O CNS conta com três Câmaras Técnicas: Câmara Técnica de Atenção Básica (CTAB); Câmara Técnica da CIRHRT e Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPSS).

Quadro 1 - Comissões Intersectoriais do CNS

Comissões Intersectoriais			
Alimentação e nutrição	CIAN	Saúde da Mulher	CISMu
Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência	CIASPD	Saúde Indígena	CISI
Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias	CIASPP	Saúde Suplementar	CISS
Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida	CIASCV	Recursos Humanos e Relações de Trabalho	CIRHT
Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica	CICTAF	Vigilância em Saúde	CIVS
Educação Permanente para o Controle Social do SUS	CIEPCSS	Saúde do Trabalhador e Trabalhadora	CISTT
Políticas de Promoção da Equidade	CIPPE	Orçamento e Financiamento	COFIN
Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	CIPPISPCS	Saúde Mental	CISM
Saúde Bucal	CISB	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	CONEP

Esses espaços participativos foram fundamentais no enfrentamento à pandemia da covid-19. Porém, a necessidade do distanciamento social como estratégia para a diminuição da transmissibilidade do vírus impôs dificuldades no funcionamento habitual dessa estrutura do controle social, particularmente para a realização das reuniões ordinárias mensais do Pleno, além das reuniões periódicas das comissões e câmaras técnicas, que em geral ocorriam em Brasília, presencialmente.

A fim de manter vivo o trabalho do conselho, de forma virtual, todas mantiveram e intensificaram as atividades. Foi instalado o Comitê do CNS para Acompanhamento da Covid-19, realizaram-se encontros com os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Municipais de capitais e com a Coordenação de Plenárias Nacional. Com essa metodologia, também foram realizadas Reuniões Extraordinárias do Pleno.

Além dessas atividades, conselheiros e conselheiras têm sido convidados e convidadas para discussões relativas à covid-19, organizadas por entidades, conselhos, Congresso Nacional, dentre outros espaços de diálogo e debate. Nesse período, o CNS passou a ser fonte para dezenas de veículos de comunicação e conselheiros e conselheiras, a partir de suas vivências e experiências técnicas em diferentes áreas, concederam inúmeras entrevistas para os mais variados veículos de comunicação, alertando a população sobre a importância da prevenção e dos dados oficiais em meio a um cenário de fake news e negligências à crise sanitária.

O CNS vem produzindo uma série de documentos para órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário, conselhos estaduais e municipais de saúde e para a população em geral. Tais como: recomendações, resoluções, moções, pareceres técnicos, notas públicas, campanhas, manifestos, cartas e solicitações de informações, além de encontros virtuais, transmitidos simultaneamente pelas redes sociais com convidados externos, articulações e conversas com a Rede de Conselhos de Saúde, movimentos sociais, Ministério Público, Comissões Externas do Congresso Nacional que acompanham ações de combate a covid-19 e outras instituições comprometidas com estratégias de enfrentamento à pandemia.

Cumprindo a atribuição de acompanhar a execução orçamentária do Ministério da Saúde, o CNS, por meio da COFIN, divulgou o “Boletim COFIN”, que continha informações sintéticas sobre a evolução dos gastos federais do SUS para combater a pandemia, oferecendo subsídios técnicos que deram suporte às ações públicas e tomadas de decisão, além de auxiliarem a imprensa e a população na compreensão de como os recursos estavam sendo

utilizados. Observou-se nesse período que, mesmo com a crise sanitária, houve morosidade excessiva na execução orçamentária.

Pautada pela ciência, com as finalidades de salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos participantes de pesquisas clínicas; e de contribuir para a qualidade dos estudos para desenvolvimento social da comunidade, a CONEP divulgou a edição especial do Boletim Ética em Pesquisa, dando transparência aos protocolos de pesquisas científicas relacionadas ao coronavírus no Brasil, a toda sociedade brasileira.

A potencialização e a diversificação das estratégias de comunicação nas redes sociais, no site, e o processo de interlocução e assessoria de imprensa com as mídias favoreceu a amplificação do alcance das informações, orientações, deliberações e opiniões do CNS, sendo este o período de maior repercussão das ações do Conselho em nível nacional. O CNS foi citado como referência em notícias mais de 2.000 vezes somente no ano de 2021.

Ações do CNS de Enfrentamento à Pandemia Covid-19

Por meio de atos normativos, tais como recomendações e resoluções, além moções, notas, campanhas, orientações, cartas, boletins e encontros abertos, produzidos e realizados de março de 2020 a janeiro de 2022, relacionados no Quadro 2, o CNS se posicionou em relação a vários temas no enfrentamento da covid-19. Posicionou-se também sobre as sucessivas trocas de ministro, a descontinuidade e inconsistência das ações pela ausência de coordenação nacional no enfrentamento à pandemia e nos diversos momentos de desrespeito do presidente e parte do governo às normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e das instituições sanitárias do país.

Quadro 2 - Relação e quantidades de instrumentos e eventos utilizados pelo CNS para enfrentamento à Pandemia Covid-19. Dados março de 2020 até 30 de dezembro de 2021.

Documentos e Ações	Quantidade
Boletim COFIN/CNS	39
Boletim CONEP/CNS	88
Reuniões Comitê Acompanhamento Covid-19	50
Lives	55
Moções	13
Notas Públicas	40
Recomendações	79
Resoluções	26

Objetivando zelar pela Seguridade Social, o CNS defendeu medidas de proteção social, econômica e financeira para populações mais vulnerabilizadas e que sentem de modo mais perverso o impacto da pandemia (pessoas em situação de rua, indígenas, negros e negras, quilombolas, refugiados, ciganos, moradores da periferia e pessoas vivendo com HIV/Aids e doenças crônicas), para trabalhadores(as) informais e/ou desempregados(as), pequenas empresas, microempreendedores(as) individuais e trabalhadores(as) autônomos(as) e trabalhadores(as) da saúde.

A proteção da saúde da população brasileira mobilizou o CNS a recomendar:

- a) implementação de barreiras sanitárias (lavagem das mãos, uso de máscaras, isolamento e distanciamento social);
- b) garantia do abastecimento de água;
- c) requisição de leitos privados para o SUS com regulação única;
- d) garantia de equipamentos avançados em suporte à vida e de medicamentos, com comprovada eficácia para o tratamento da covid-19;
- e) incorporação de exames sorológicos ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar.

A defesa da vida, da democracia e do SUS também foi uma pauta prioritária de manifestação do CNS ao propor:

- a) revogação do teto de gastos (EC 95/2016);
- b) aplicação imediata de dinheiro novo no SUS - Manifesto Repassa Já;
- c) medidas efetivas de apoio aos estados e municípios e liberação de créditos necessários para ações de combate à pandemia;
- d) piso emergencial para 2021 - petição pública O SUS merece mais em 2021;
- e) aprovação do Projeto de Lei que ampare e auxilie dependentes de profissionais de saúde que vierem a óbito no exercício de suas funções em decorrência de covid-19;
- f) revogação da Medida Provisória nº 927/2020 que dispõe sobre “medidas trabalhistas” a serem adotadas durante o período da pandemia;
- g) inclusão na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) tanto dos agravos em saúde do/a trabalhador/a quanto de doença ou morte no exercício da função laboral em decorrência de covid-19.



Imagem 1: Peça gráfica produzida pela ASCOM do CNS para mobilização de assinaturas em defesa da manutenção do orçamento emergencial em 2021. A saúde e a segurança dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUS e de serviços essenciais em tempos de pandemia estiveram em constante debate no CNS.

Considerando a importância do monitoramento de indicadores pelo sistema de vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora para a definição de estratégias de proteção dos mesmos e de reorganização do trabalho para atendimento da população, o CNS recomendou ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Economia maior transparência na disponibilização de dados reais sobre a morbimortalidade em função da covid-19 entre os trabalhadores e as trabalhadoras, além da ampla e adequada divulgação tanto dos agravos em saúde quanto de doenças ou mortes no exercício da função laboral em razão da pandemia.

A valorização e proteção da saúde física e mental de profissionais de saúde, de residentes e estudantes de saúde e de trabalhadores(as) das atividades essenciais, além de serem temas abordados em debates ao vivo, embasaram recomendações e pareceres técnicos que exigiram fornecimento e utilização de EPIs e realização de testagem para covid-19 nestes segmentos. O CNS teve destaque com a campanha denominada “Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil!”.

Outra intervenção importante e necessária do CNS foi a defesa da ciência, da pesquisa e da inovação tecnológica. Elementos capazes de atender o enfrentamento da pandemia, fundamentada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade na saúde. Essa defesa incluiu recomendações para:

- a) estabelecimento de uma política de reconversão industrial para o parque fabril brasileiro produzir equipamentos de saúde;
- b) ampliação da capacidade tecnológica e produtiva dos laboratórios nacionais de medicamentos e insumos;
- c) incentivo aos pequenos e médios empreendedores do ramo têxtil para produção de equipamentos individuais destinados à proteção da população;
- d) flexibilização das regras para licenciamento compulsório de medicamentos, insumos e equipamentos médicos, conforme propõe o Projeto de Lei 1462/2020;

- e) rejeição ao Projeto de Lei 7.082/2017, que, ao dispor sobre a pesquisa clínica com seres humanos, esvazia a participação social;
- f) fomento e busca de parcerias para ampliação de pesquisas epidemiológicas capazes de responderem questões relativas à prevalência da infecção por covid-19 no Brasil;
- g) não inclusão de medicamentos sem eficácia comprovada cientificamente nas orientações e protocolos de tratamento da covid-19;
- h) rejeição de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia;
- i) realização de campanha junto à população sobre importância da vacinação como uma intervenção preventiva;
- j) produção e disponibilização de materiais de comunicação atualizados sobre uso adequado das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), neste momento, considerando a Política Nacional e suas evidências científicas;
- k) retomada das aulas presenciais, que só deve ocorrer depois que a pandemia estiver epidemiologicamente controlada e mediante articulação de um plano nacional que envolva gestores e sociedade civil;
- l) participação na Marcha (Virtual) pela Ciência, realizada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC, chamando atenção para a importância da ciência no enfrentamento da pandemia e suas implicações sociais e econômicas na saúde das pessoas.

O fortalecimento da Atenção Básica em Saúde está no radar do CNS desde o início da pandemia por seu papel estratégico no enfrentamento à crise sanitária, mas as ações de combate à covid-19 priorizaram serviços hospitalares, número de leitos gerais e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). O governo federal não valorizou a Atenção Básica como possibilidade real e eficaz de ação na linha de frente.

Por isso, o CNS elencou uma série de medidas a serem adotadas pelo MS e secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal, destacando-se:

- a) colocação da Atenção Básica e do território na centralidade do cuidado no enfrentamento da pandemia;
- b) integração das Políticas de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Atenção Básica;
- c) reafirmação da revogação da Portaria MS nº 2.979/2019 (Programa Previne Brasil), que estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS.

Diante do impacto da pandemia na população negra e partindo da premissa que o racismo estrutural e institucional está presente nos resultados das mortes, revelando e acentuando a brutal desigualdade racial e de classe na sociedade, refletidas nas condições de vida, moradia e alimentação entre pretos e brancos, o CNS recomendou ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde.

O CNS discutiu a falta de apoio a indivíduos com doenças crônicas e outras patologias durante a pandemia e, com vistas a reduzir o risco de desenvolvimento de comorbidades e óbito, recomendou adoção de medidas efetivas de proteção à saúde e planos de apoio; envio de relatórios periódicos de monitoramento sobre demandas específicas das Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias (PDCP); adoção de medidas sobre beneficiados com concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez do Regime Geral de Previdência; e garantia do abastecimento de cloroquina e hidroxicloroquina a pacientes que fazem uso contínuo e imprescindível destes medicamentos.

Considerados grupo de maior vulnerabilidade à covid-19, os idosos necessitam de medidas preventivas, protetivas, sociais, econômicas e sanitárias. Diante desta constatação, o CNS, ao avaliar a saúde e proteção dos idosos em tempos de pandemia, levantou dados demonstrando que o momento evidenciou a fragilidade da população a partir de 60 anos, denunciando a precarização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), violências praticadas contra pessoas idosas, além de questões de ordem econômica e convívio social que impõem maior carga ao idoso, aumentando

sua vulnerabilidade e riscos tanto a contrair o coronavírus, quanto a padecer de outros agravos. A falta de uma Política Nacional de Cuidados Continuados, conforme determina o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), foi trazida à tona pelo CNS a partir de recomendação para que as ILPIs fossem incluídas na portaria nº 492/2020, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”.

O CNS também avaliou impactos do desmonte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, que tem promovido limitações nos cuidados primários, agravamentos nas doenças pré-existentes, nos direitos sexuais, na saúde reprodutiva e no manejo adequado diante das especificidades dos corpos femininos, a partir da raça, gênero, orientação sexual e identidades dissidentes, que ainda encontram obstáculos para acessar serviços essenciais nos casos de violência. Vale destacar que denúncias de violações contra mulheres aumentaram significativamente durante o distanciamento social, de acordo com dados do Disque 100.

O CNS publicou uma série de documentos a este respeito, tais como: aprovação de projetos de lei que estabelecem medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a pandemia e de proteção social e garantia dos direitos das mulheres; repúdio pela retirada da Nota Técnica nº 016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS do site do Ministério da Saúde, que trata da continuidade dos serviços de assistência aos casos de violência sexual e aborto legal; fortalecimento das ações de planejamento sexual e reprodutivo, no contexto da pandemia, assim como, arquivamento do Projeto de Decreto Legislativo nº 271/2020, que visa sustar aplicação de Normas Técnicas expedidas pelo MS referentes à Saúde da Mulher, o que despreza as competências constitucionais do Ministério.

Considerando que as pessoas com deficiência podem ter maior risco de contrair a covid-19 em razão de obstáculos à implementação de medidas básicas de contenção da doença, o CNS recomendou ações que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares.

Os temas de recomendações do CNS foram: medidas emergenciais para aquisição de alimentos durante o estado de calamidade para diminuir impactos socioeconômicos da pandemia; desenvolvimento de estratégias para a vigilância alimentar e nutricional, especialmente de populações mais vulnerabilizadas e grupos de risco; alimentação adequada e saudável, com incentivo ao aleitamento materno e consumo de alimentos minimamente processados como uma forma de proteger e garantir a manutenção da saúde; ampliação e adequação da distribuição de alimentos e cestas emergenciais pelos Equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional (restaurantes populares, cozinhas comunitárias e bancos de alimentos); elaboração de estratégias de apoio às iniciativas dos pequenos agricultores; e necessidade de urgência na regulamentação de critérios para doação de excedentes de alimentos, especialmente das refeições prontas.

Com o objetivo de garantir que as famílias que estão em situação de trânsito e itinerância possam ter assegurado seu atendimento sem preconceito e discriminação quanto a etnia, o CNS recomendou aos Ministérios da Saúde e da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH) a implementação de medidas que garantam atendimento à saúde dos povos ciganos.

Reconhecendo a necessidade das ações de saúde mental serem consideradas componentes essenciais da resposta nacional à pandemia, principalmente frente a possível ampliação da experiência de sofrimento psíquico na população, em decorrência do contexto de incertezas, aumento de estresse e medo pelo risco de contaminação, do impacto econômico, além das mudanças na vida cotidiana devido às medidas de distanciamento, o CNS recomendou fortalecimento de ações e serviços de base territorial e comunitária para atenção psicossocial no contexto de pandemia e orientações específicas para funcionamento dos hospitais psiquiátricos, visando evitar riscos de contaminação em massa por coronavírus, bem como garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O CNS também convocou a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, cumprindo a deliberação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

A vida dos indígenas e as dificuldades encontradas por estes povos para enfrentar esse momento também foram temas de debates promovidos pelo CNS, que avaliou as condições sociais, econômicas e de saúde, que historicamente afetam esta população, somadas à omissão do Estado e à maior vulnerabilidade ao contágio, potencializando disseminação da doença.

Desde que começaram a surgir denúncias sobre ações e omissões do governo federal que agravaram a pandemia da covid-19, e iniciaram a coleta de assinaturas para a CPI da Pandemia no Senado, o CNS defendeu sua instalação. O CNS colaborou com a entrega de inúmeros documentos e relatórios, que foram citados durante as investigações e interrogatórios, assim como auxiliaram na construção do texto final do parecer.

Em dezembro de 2021, o CNS denunciou durante evento virtual da Organização das Nações Unidas (ONU) as omissões do governo federal diante da pandemia e a potencialização da crise sanitária devido às negligências federais, que vitimaram milhares de pessoas no Brasil. A denúncia ocorreu durante evento sobre medicamentos, vacinas, saúde física e mental, realizado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, com a presença de diversas autoridades de diferentes países.

Na ocasião, foi entregue à ONU o relatório-denúncia assinado pelo CNS e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), que também fora entregue a representantes do Legislativo e do Judiciário brasileiro ao longo do último ano. O trabalho técnico é uma iniciativa do CNS, organizado pela Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH) em conjunto com a Associação Mineira de Desenvolvimento Humano (AMDH) e o Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde.

Considerações finais para novos começos

Uma gestão pública que não leva em consideração a participação da comunidade na gestão do SUS, além de estar descumprindo a Constituição de 1988 e as legislações posteriores, está também perdendo grandes

oportunidades de unir o conhecimento acadêmico, técnico e popular na execução das políticas e intervenções sociais. Unindo esses diferentes espaços, com suas atribuições e responsabilidades, de encontrar saídas frente às necessidades sociais e demandas do conjunto da população, é possível ter o controle social e a gestão pública como agentes de transformação das nossas realidades.

Ao mesmo tempo, apesar da legislação e da força dos conselhos participativos pelo país, ainda é necessário seguir lutando para que todas as esferas sociais e públicas estejam unidas para o enfrentamento real de uma pandemia que segue matando milhares de pessoas. Por isso, temos que consolidar e fazer valer a legislação, que permitiu comemorarmos agora os 30 anos do Conselho Municipal de Porto Alegre, mas não somente. Nossa luta tem que ser perene, unida às demais esferas do controle social, aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, à academia, à gestão e, principalmente, aos movimentos populares.

No Brasil, apesar do SUS e da democracia que conquistamos, é importante destacar o cenário de ataque à democracia participativa, com a extinção, por parte do governo federal, de mais de 600 conselhos e órgãos colegiados em 2019 com o Decreto nº 9.759. Espaços que tinham atribuições similares às do CNS, em diferentes áreas sociais, mas que estão impedidos de atuar devido à negação ao diálogo por parte do governo atual, que inviabiliza o aprimoramento das políticas públicas.

Os diferentes saberes do controle social aprofundam a necessidade do uso de evidências e escuta às populações e movimentos sociais, permitindo o melhoramento das ações de governos, tornando-as mais efetivas, eficientes, eficazes, transparentes e democráticas. Esse é o valor da participação social e do CNS, com objetivo de promover direitos e melhorar as condições de vida das pessoas, seja em tempos de pandemia ou em qualquer outro tempo. Está nessa união de olhares sobre o Brasil a principal força que nos move rumo a um desenvolvimento social, sustentável, solidário e com direito pleno à saúde para todas as pessoas, conforme rege nossa Constituição de 1988.

Referências bibliográficas

Especial CNS no enfrentamento à Covid-19. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2020. Link: <http://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19> Acesso em 23 de setembro de 2020.

LIMA, Nísia Trindade; Fonseca, Cristina M. O; Hochman, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p.27-58.

Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. Frente Pela Vida, Brasília, 2020. Link: <https://frentepelavida.org.br/> Acesso em: 23 de set. 2020.

TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: ASPECTOS CONTEXTUAIS SOBRE O CASO DE PORTO ALEGRE

Alcides Miranda

A chamada terceirização de estabelecimentos e de serviços públicos de saúde constitui uma tendência crescente nas últimas décadas no Brasil, como também, em planos mais abrangentes. Todavia, tal termo genérico é deveras impreciso porque pode implicar fenômenos distintos em termos de mudanças de institucionalidades jurídicas e administrativas ocorridas no setor público de Saúde.

A tendência genérica que, de fato, pode ser destacada como fenômeno incremental evidente, está referida à mudança da institucionalidade jurídica e administrativa de estabelecimentos e de serviços públicos de saúde sob a égide e a regulamentação do Direito Público para o Direito Privado. No caso brasileiro, por exemplo, as duas maiores taxas incrementais registradas para estabelecimentos estatais de saúde na última década estavam referidas respectivamente à criação de empresas públicas e ao agenciamento de entidades sem fins lucrativos habilitadas como de interesse público (Organizações Sociais e congêneres); todavia, em sua maior proporção, não se tratou da criação de novos estabelecimentos de saúde, mas da mudança de institucionalidade de estabelecimentos estatais de Direito Público já existentes para as referidas modalidades de Direito Privado.

A égide do Direito Público implica um marco jurídico e institucional visando o interesse público e a garantia de direitos sociais sob a responsabilidade do Estado (principalmente governos), a partir de administração própria (direta ou indireta), regime de trabalho específico e prestação de serviços, consubstanciando arranjos institucionais com capital exclusivamente público (tributários, financeiros, organizativos, administrativos etc.). No Brasil, a

institucionalidade sob a égide do Direito Público sempre é estatal, podendo ser de Administração Direta, no caso de estabelecimentos governamentais propriamente ditos; ou de Administração Indireta, no caso de autarquias convencionais ou em regime especial (p. ex. fundações, consórcios intergovernamentais). De forma abrangente, a égide do Direito Público ampara-se pelo contrato social primordial (o pacto constitucional) e abriga as garantias de direitos elementares na esfera pública e no âmbito coletivo: direitos humanos, sociais, políticos. Suas derivações, como no caso do Direito Administrativo, estão definidas, regulamentadas e reguladas pelos mesmos princípios e diretrizes constitucionais de interesse público.

A égide do Direito Privado também deriva de um marco jurídico-institucional próprio estabelecido para regulamentar e regular os direitos privados (individuais, familiares, corporativos, proprietários, empresariais, comerciais etc.) e suas relações decorrentes, tais como: de trabalho, de produção, de comércio, de consumo etc. As instituições e formas administrativas de Direito Privado estão ordenadas sob diversas modalidades, sendo primordialmente distinguidas no caso brasileiro por duas características formais de personalidades jurídicas para estabelecimentos de saúde: aquelas com fins lucrativos (empresas de diversos tipos) e sem fins lucrativos (entidades também de diversos tipos). Claro, a égide do Direito Privado também está amparada constitucionalmente, entretanto, resguarda outra ordem de direitos individuais referidos à esfera das relações privadas: direito de propriedade, de livre expressão, de livre iniciativa, de consumidores etc.

No Brasil algumas instituições estatais, autarquias em regime especial da Administração Indireta também podem estar ordenadas sob a égide do Direito Privado, tais como: fundações, consórcios intergovernamentais, empresas públicas e sociedades de Economia Mista. Conceitualmente pode parecer atípico que o Estado disponha de instituições sob a égide do Direito Privado, entretanto, historicamente tal iniciativa deveu-se ao entendimento de que havia a necessidade da existência de empresas estatais para explorar atividades econômicas consideradas de importância estratégica e de relevante interesse coletivo, no sentido produtivo (principalmente recursos naturais),

monetário (bancos estatais para fomentos etc.) ou de segurança nacional. Nas últimas décadas, tal entendimento tem sido ampliado para outras atividades, como a prestação de serviços públicos.

No caso específico do setor de Saúde, a Constituição Federal de 1988 (CF-1988) estabelece em seu Art. 197º que a prestação de serviços públicos também pode ser realizada por terceiros com personalidade jurídica de Direito Privado, a partir de termos legais preestabelecidos acerca do exercício de sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle por parte dos entes estatais. No Art. 199º está estabelecido que as instituições privadas podem participar de forma complementar ao SUS a partir das diretrizes deste, mediante contrato de Direito Público ou convênio. Todavia, importa realçar que os aludidos termos constitucionais estão referidos especificamente à prestação de serviços públicos por terceiros sob contrato ou convênio, não havendo nenhuma menção ao agenciamento ou terceirização de prerrogativas para a gestão pública ou para o exercício da autoridade sanitária estatal.

Na Figura 1 está esquematizada uma representação acerca da institucionalidade estatal e não estatal de estabelecimentos de saúde, assim como sobre as principais modalidades administrativas e suas vinculações com as égides jurídicas de Direito Público e Privado. Conforme já destacado anteriormente, a principal forma para a terceirização de estabelecimentos estatais de saúde no Brasil tem sido o agenciamento por contratos públicos de estabelecimentos da Administração Direta para associações privadas sem fins lucrativos e habilitadas como de interesse público (as chamadas Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil e congêneres). Todavia, também tem ocorrido um incremento significativo a partir da mudança de estabelecimentos estatais da Administração Direta e Indireta de Direito Público para a Administração Indireta de Direito Privado (principalmente para Empresas Estatais)^{1,2}.

¹Conforme estabelecido na CF-1988.

²Tendência observada no caso brasileiro, apesar da CF-1988. Embora não exista amparo constitucional explícito e específico para tal propensão, existem legislações ordinárias e normativas institucionais (administrativas, programáticas) que regulamentam iniciativas desse tipo.

Figura 1: Representação esquemática acerca da institucionalidade estatal e não estatal de estabelecimentos de saúde e a sua vinculação com as égides de Direito Público e Privado, com ênfase nas principais tendências de mudanças institucionais ocorridas na última década no Brasil.



Fonte: Ilustração do autor

Constatadas essas significativas tendências incrementais para as mudanças institucionais ocorridas no setor público de Saúde brasileiro nas últimas décadas, o que realmente se destaca a partir da migração de estabelecimentos estatais da égide do Direito Público para o Direito Privado é um fenômeno que extrapola os termos constitucionais que autorizam a terceirização para a prestação de serviços públicos e implicam o empresariamento da gestão pública de estabelecimentos de saúde e de autoridade sanitária, seja no próprio âmbito estatal ou a partir do agenciamento pela via de associações privadas.

De propensões típicas e motivações contextuais

Quais seriam as principais motivações, propensões e explicações a justificar tal fenômeno de empresariamento da gestão pública e da delegação de prerrogativas de autoridade sanitária para terceiros?

Grosso modo, persistem historicamente distintas propensões acerca da definição de prerrogativas para o exercício da gestão sistêmica, institucional e para a prestação de serviços de saúde na esfera pública, assim sumariamente caracterizadas:

- I) Tanto a prestação dos serviços públicos quanto sua gestão sistêmica e institucional deveriam ser exclusivamente estatais;
- II) A prestação dos serviços públicos e privados, assim como sua gestão sistêmica e institucional, deveria ficar a cargo da iniciativa privada, exceto em casos específicos de determinados grupos ou contingentes populacionais sob determinadas condições de vulnerabilidade;
- III) A gestão sistêmica e institucional deveria ser exercida por entes estatais e a prestação de serviços poderia ser executada tanto por entes estatais como não estatais (com e sem fins lucrativos), a partir de um marco regulatório preestabelecido nos termos e dinâmicas da égide do Direito Público¹;
- IV) A gestão sistêmica e institucional e a prestação de serviços poderiam ficar a cargo tanto de entes estatais, como não estatais (com e sem fins lucrativos), a partir de um marco regulatório preestabelecido nos termos e dinâmicas da égide do Direito Privado² com ênfase na introdução de racionalidade empresarial e dinâmicas de mercado para a gestão pública (tanto estatal como não estatal).

No quadro a seguir (Quadro 1) está versada uma sumarização de tipos sobre as propensões referidas anteriormente, com algumas inspirações modelares.

Quadro 1: Caracterização sumária para tipos de propensões acerca das responsabilidades e atribuições estatais no que concerne aos processos de gestão, regulação e prestação de políticas públicas de saúde.

Tipo	Gestão	Regulação	Êgide do Direito	Prestação de serviços públicos	Tipo ideal de Estado	Sistema social referente
I	Estatal exclusiva	Estatal	Público	Estatal	Estado Socialista ou Comunista	Socialismo Comunismo
II	Não Estatal e Estatal (seletiva e residual)	Mercantil e Estatal	Privado e Público	Não Estatal e Estatal (seletiva e residual)	Estado Liberal	Liberalismo
III	Estatal predominante	Estatal	Público	Estatal e Não Estatal residual	Estado de bem-estar Social	Social-Democracia
IV	Não Estatal e Estatal	Mercantil	Privado	Estatal/ Não Estatal	Estado Empresarial	Neoliberalismo

Fonte: Autor

Ainda grosso modo, torna-se fácil denotar que as duas primeiras caracterizações (em verdade, contraposições: tipos I e II) estão referidas aos típicos posicionamentos políticos acerca das responsabilidades atribuídas ao Estado, com maior realce até meados do século XX. Caracterizações derivadas de ideologias, tipos ideais³ e tradições⁴ oriundas de vertentes do Socialismo, do Comunismo, da Social-Democracia ou, no segundo exemplo, do Liberalismo. A partir dessas duas propensões iniciais ocorreram iniciativas de regulamentação e experimentos de sistemas e políticas de saúde em alguns países. Com destaque para os sistemas de saúde exclusivamente estatais em países asiáticos e do Leste Europeu⁵; e de sistemas predominantemente mercantis, como no caso dos EUA.

A terceira caracterização sumarizada (Tipo III) está referida originalmente às iniciativas de organização de sistemas e de políticas públicas de saúde em países do Norte europeu, principalmente a partir de meados do século XX,

³No sentido weberiano do termo.

⁴No sentido *gramsciano* do termo.

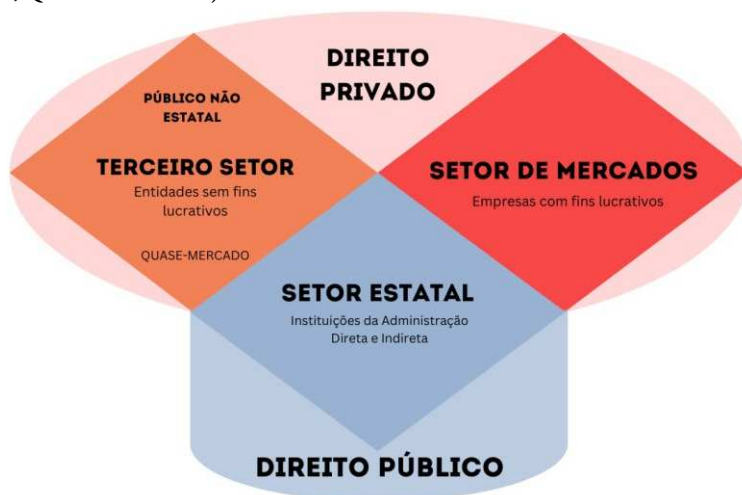
⁵Também em outras regiões (como o caso de Cuba).

sob entorno do chamado Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*). Embora, inicialmente nas experiências históricas com essa característica referida, decorridas entre as décadas de 1940 a 1970, a regulação e a prestação de serviços públicos de saúde estivessem exclusivamente a cargo de instituições estatais; a partir da década de 1980, passaram a ser introduzidas alterações e dinâmicas de empresariamento da gestão pública⁶.

A quarta e última caracterização sumária (Tipo IV) decorre de propensão neoliberal, mais aguda a partir da década de 1980. Nessa perspectiva o Estado deveria ser gestado e gerir políticas públicas a partir de dinâmicas de empresariamento³ e concorrência mercantil em instâncias de quase-mercado (*quasi-market*). Da mesma forma, deveria agenciar não somente a prestação de serviços públicos, mas prerrogativas de gestão pública para que o setor social de entidades sem fins lucrativos (mais conhecido aqui no Brasil como o Terceiro Setor) opere na referida instância quase-mercantil sob a égide do Direito Privado (Figura 2).

Figura 2: Representação esquemática acerca dos grandes setores sociais, com ênfase na caracterização ambivalente do chamado Terceiro Setor (Público Não Estatal, Quase-Mercado).

Fonte: Ilustração do autor



⁶Como, por exemplo, a estratégia institucional de competição gerenciada de cuidados de saúde (managed care) entre estabelecimentos estatais.

No Hemisfério Norte o termo quase-mercado está usualmente aludido ao chamado Terceiro Setor porque tal instância, embora formalmente não possa auferir lucros e possa operar exclusivamente pela vinculação de contratos públicos, subordina-se à égide do Direito Privado, aos modos de regulação mercantil e aos termos concorrenciais de gestão empresarial. Sem considerar que consubstanciam o discurso de empreendedorismo para associações privadas de interesse público.

Para introjetar a racionalidade e as dinâmicas empresariais e concorrenciais sob regulação mercantil na gestão estatal busca-se, então, a migração de institucionalidades do Direito Público para o Direito Privado. Pelo empresariamento do próprio Estado e pelo agenciamento gerencial do chamado Terceiro Setor, que, assim, torna-se pertinente e compatível porque abriga a ambiguidade entre os interesses públicos não estatais e os regramentos de quase-mercado.

Essa tendência neoliberal contemporânea está amparada em um discurso ideológico que advoga a inviabilidade e a ineficiência do Estado e das políticas de Bem-estar Social. Por isso, busca justificar a necessidade de privatizar bens e serviços públicos, agenciar prerrogativas de gestão governamental e outros tantos serviços públicos para entidades sem fins lucrativos; como também, introjetar dinâmicas concorrenciais de mercado nas próprias instituições estatais. O que só seria possível sob a égide do Direito Privado.

O discurso neoliberal, globalmente hegemônico nas últimas décadas, propala a ineficiência do Estado e dos governos na gestão de recursos públicos e na execução direta de serviços públicos. Tal discurso prima pela ênfase em entendimentos e aspectos intencionalmente restritos sobre o que seria a eficiência na gestão de recursos, na prestação de serviços e na definição de resultados para a esfera pública.

A noção de eficiência tende a ser avaliativa e decorre de um dimensionamento e cálculo a partir duas variáveis primordiais: custos e resultados, principalmente em termos de atividades úteis produzidas. Quanto maiores, melhores e mais úteis sejam as atividades produzidas, quanto menores sejam os custos correlatos (incluído o tempo), tanto mais eficiente seria o processo avaliado.

Em perspectiva estritamente econômica e administrativa a partir da esfera pública, os custos estão quase sempre referidos aos recursos orçamentários gastos; os resultados, aos procedimentos efetuados e aos serviços e produtos consumidos (*outputs*). Todavia, em perspectiva ampliada, tal definição seria insuficiente porque os custos sociais implicam determinantes, condicionantes e mais variáveis intervenientes; os resultados implicam, não somente serviços e produtos consumidos, mas, sobretudo, os seus impactos (*outcomes*) em contextos diversos, em dimensionamentos de prazos (curto, médio, longo prazo), além de seus efeitos socialmente retroativos (*feedbacks*). Destacado de outro modo, mesmo em termos de complexidade econômica, o processo e a produção de muitos serviços públicos e dos bens sociais agregados não podem estar contidos ou contingenciados em avaliações de eficiência de escopo tão reduzido.

Por exemplo, os custos agregados aos processos produtivos de serviços de saúde na esfera pública não se restringem aos gastos orçamentários com pessoal, equipamentos, insumos etc., porque também implicam custos sociais complexos, notadamente se não houver acessibilidade, assistência, resolubilidade, reabilitação etc. para um conjunto de eventos, de agravos e de sequelas que impactam diretamente e indiretamente na economia de um modo mais amplo. Da mesma forma, os benefícios sociais agregados aos serviços de saúde produzidos não se restringem aos quantitativos de procedimentos realizados porque também decorrem em impactos econômicos mais amplos e abrangentes. Portanto, definir os critérios para se avaliar a eficiência dos serviços públicos de saúde implica sair do entorno restrito dos orçamentos públicos e serviços institucionais e considerar aspectos de economia de escala, de escopo e, principalmente, de economia sistêmica.

O referido discurso neoliberal que atesta, generaliza, propala e repercute a ineficiência estatal na gestão de recursos e na produção de serviços públicos não se ampara em evidências econômicas minimamente válidas em perspectiva sistêmica.

Entretanto, existe uma questão ainda mais grave: mesmo em se utilizando dessa régua restrita (gastos orçamentários por serviços/produtos consumidos) para avaliar comparativamente a eficiência os estabelecimentos e serviços estatais da Administração Direta e Indireta sob a égide do Direito Público com aqueles agenciados empresarialmente para a égide do Direito Privado (da Administração Estatal Indireta de Direito Privado, Organizações Sociais e congêneres etc.) não existem evidências consolidadas de uma maior eficiência desses últimos². Tal consideração é válida não somente para o caso brasileiro, mas para os casos de muitos países. Salvo a diminuição de custos previdenciários estatais em longo prazo, principal impacto projetado para a diminuição de custos orçamentários a partir da redução de estabelecimentos e serviços da Administração Estatal Direta, não existem outras evidências sustentáveis de maior eficiência para os outros tipos de serviços estatais empresariados ou agenciados para terceiros.

Mesmo assim, tal justificativa sobre a ineficiência da gestão estatal direta em serviços públicos tornou-se ideologicamente hegemônica e para entender as reais motivações e justificativas desse discurso neoliberal, seria melhor analisar outros aspectos e interesses em jogo, quando se trata dos orçamentos públicos.

Se nos países capitalistas centrais as iniciativas de empresariamento estatal têm a ver com uma disputa ideológica e o afã de decretar o fim dos pactos sociais que geraram os Estados e as políticas de Bem-estar Social na Europa, na periferia o propósito primordial é incrementar o sequestro de orçamentos públicos e de recursos naturais. Por isso, o teor e o sentido dos marcos regulatórios que estabelecem os meios e os termos para o agenciamento empresarial dos Estados tendem a ser distintos entre o centro e a periferia do capitalismo financeiro.

No Brasil o setor de entidades sem fins lucrativos é o mais antigo e o mais consolidado em termos de gestão institucional e da prestação de serviços públicos de saúde. Ele remonta ao período colonial e, portanto, antecede quaisquer iniciativas sistêmicas de políticas públicas estatais de saúde. Ou seja,

no peculiar caso brasileiro, a constituição e a consolidação do chamado Terceiro Setor desembarcam com o domínio colonial e antecede os outros setores sociais autóctones, evidentemente, incluído o próprio setor estatal.

Ao longo dos séculos, as instituições religiosas beneficentes e filantrópicas (de início, vinculadas à igreja Católica Apostólica Romana⁷) foram se especializando na captura, na manutenção e na dependência de subvenções, de subsídios e de outros aportes de recursos públicos. Inicialmente para financiar a assistência social de pessoas ditas indigentes, depois como subsistemas assistenciais previdenciários (período do INPS e INAMPS) e, mais recentemente, como parte integrante do subsistema complementar ao SUS. Inclusive, nas últimas décadas, pessoas físicas e jurídicas vinculadas a outras religiões também foram se especializando na mesma prática secular.

Todavia, em termos contemporâneos importa considerar sobre como o secular setor brasileiro de entidades assistenciais sem fins lucrativos mudou progressivamente a preponderância de seu caráter beneficente de interesse público e sem fins lucrativos para uma típica instância de quase-mercado.

Desde meados da década de 1970 a ditadura militar-civil estabeleceu vantagens para a emergência e a consolidação de outro segmento privado, típico do setor de mercados: as operadoras de planos de Saúde. Em princípio foram disponibilizados planos de Saúde para grandes montadoras de automóveis, incluídos como benefícios para os operários, com equivalente renúncia fiscal autorizada para as pessoas jurídicas das referidas empresas. Em seguida, a vantagem da renúncia fiscal também foi concedida para *pessoas físicas* e, com o passar dos anos, tal incentivo gerou um incremento significativo de clientela para o referido segmento. Evidentemente, no segmento de entidades sem fins lucrativos, que atuava como prestador de serviços para o INAMPS (depois, complementar ao SUS) e já contava com outras subvenções fiscais, houve a percepção de oportunidade acerca desse

⁷Antonio Gramsci formulou uma exemplificação significativa acerca da igreja Católica como uma espécie de meta-sociedade civil que antecedeu a organização de várias outras instâncias das sociedades políticas e civis de países ocidentais na chamada modernidade histórica.

novo nicho de mercado, o que ocasionou não somente a expansão de ofertas de planos de saúde privados ofertados por tais entidades; como também um processo gradual de empresariamento de suas gestões⁸, em função de demandas concorrenciais e da necessidade de melhoria da eficiência administrativa.

A partir da década de 1990, quando surgiu a oferta para o agenciamento estatal e a contratação pública de entidades sem fins lucrativos e de interesse público, sob a forma de Organizações Sociais (OS) e congêneres, já havia um segmento apto e pronto para assumir essa função, não mais como gestão secular tipicamente beneficente e filantrópica, mas como empresas de quase-mercado. Em tal nicho específico também houve a gradual inserção e expansão de entidades vinculadas a outras religiões (além da Católica Apostólica Romana), em muitos casos com a participação direta ou indireta de parlamentares. Estados e municípios criaram legislações próprias para a regulamentação dos contratos públicos de agenciamento estatal e, no decorrer do governo presidencial de Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi criada uma legislação federal específica para Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)⁹.

Ainda no decorrer do governo de FHC foi aprovada a Lei de Responsabilidade Fiscal (*LRF*) que, pelo contingenciamento de gastos orçamentários para o pagamento de pessoal¹⁰ na Administração Estatal Direta e Indireta, inviabilizou a expansão de serviços públicos nessas instâncias institucionais, induzindo o referido agenciamento de *terceiros*, notadamente as instituições do, então, denominado setor público não estatal⁵.

⁸No caso, refiro-me ao sentido de ênfase na gestão empresarial a partir de dinâmicas típicas de mercado.

⁹Anos mais tarde, no decorrer do governo de Dilma Roussef, legislação federal substituída e com outra designação: Organizações da Sociedade Civil (OSC).

¹⁰Sem discriminar as despesas de pessoal em atividades-meio (administrativas, burocráticas etc.) ou atividades fins (prestação de serviços públicos).

De acordo com dados disponibilizados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no período entre 2006 e 2015¹¹, as Organizações Sociais e congêneres obtiveram um incremento médio anual de 15,2%, com maior expansão principalmente em estados e municípios. Reiterando o já foi mencionado, o detalhe significativo é que na maioria dos casos não se tratou da criação de novos estabelecimentos de saúde sob o agenciamento de OSs e congêneres, mas da mudança de institucionalidade de estabelecimentos que antes estavam sob a Administração Direta e a égide do Direito Público.

De modo mais abrangente e ainda de acordo com dados disponibilizados CNES, no período de 2006 até 2015 o segmento de estabelecimentos assistenciais estatais sob a égide do Direito Privado obteve um incremento médio anual de 16,5%; do início ao final do período o incremento proporcional foi de 282,5%. Esse referido incremento proporcional excedeu significativamente aquele do segmento de estabelecimentos assistenciais sob a égide do Direito Público, que foi de somente 1,3%, sendo que, do início ao final do período o incremento proporcional foi de 12,4%.

Entre 2016 e 2021 o incremento proporcional de estabelecimentos assistenciais estatais sob a égide do Direito Privado obteve uma média anual de 13,7% e, do início ao final desse último período, o incremento proporcional foi de 46,8%; enquanto no segmento estatal sob a égide do Direito Público o incremento médio anual foi de 3,5% e, do início ao final do referido período, o incremento proporcional foi de 11,3%.

Convém realçar que no decorrer dos governos presidenciais de Lula e Dilma não houve decréscimo da referida tendência incremental de empresariamento e de agenciamento para estabelecimentos estatais. Pelo contrário, no final do segundo mandato de Lula, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ocorreu um incremento significativo do segmento estatal sob a égide do Direito Privado. Particularmente no período

¹¹A partir de 2016 não constam registros específicos no CNES sobre as Organizações Sociais e congêneres.

do governo Dilma surgiu um novo tipo de estabelecimentos agenciados (principalmente pelo governo federal), denominados como comunidades terapêuticas, sob a gestão de entidades muitas vezes vinculadas com organizações religiosas (também muitas vezes, intermediadas por parlamentares).

No decorrer do governo Temer houve um arremate para o contingenciamento dos chamados gastos primários por um período de duas décadas, a partir de uma emenda constitucional com o estabelecimento de um teto financeiro. Tal contingenciamento abrangente seguramente deverá incrementar ainda mais a referida tendência de mudança de institucionalidades estatais da égide de Direito Público para o Privado.

O segmento empresariado no próprio setor estatal de Saúde - Empresas Públicas, Fundações Estatais, Sociedades de Economia Mista e Consórcios intergovernamentais de Direito Privado – tem operado principalmente nos níveis assistenciais de assistência especializada (Média e Alta Complexidade) do SUS, com atendimentos hospitalares, ambulatoriais, Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Em se tratando de setor estatal próprio, quando é o caso, geralmente ocorre uma contratação pública pela via e termos de convênios. Todavia, muitos dos estabelecimentos do tipo explicitamente empresarial (Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista) também têm operado de forma paralela com serviços e clientela privadas (principalmente de Planos de Saúde). Ainda não há um marco regulatório específico.

No segmento empresariado do setor de quase-mercado – Oss, OSCs e congêneres) – existe predominância de estabelecimentos ambulatoriais especializados (principalmente de Média Complexidade), embora, nos últimos anos tenha aumentado o agenciamento de estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde (APS)². Esse agenciamento estatal está regulamentado sob a forma de contratos públicos específicos e geralmente regulamentados por legislações ordinárias municipais, estaduais e federal (no caso das OSCs), uma vez que não existe um marco regulatório abrangente estabelecido por Lei Complementar ao texto constitucional.

Convém repetir e reiterar que o marco jurídico-constitucional (Art. 199º da CF-1988) estabelece que a contratação de instituições não estatais e de Direito Privado deve ocorrer pela via de convênios ou contratos de Direito Público. Ou seja, mesmo em se tratando de instituições privadas com e sem fins lucrativos, nos referidos contratos devem constar as premissas e requisitos pertinentes ao interesse público e direitos sociais estabelecidos constitucionalmente.

Explicitado de outro modo, em se tratando da Seguridade Social (nela incluídos os setores de Saúde, de Previdência e de Assistência Social), nos contratos públicos deveriam constar os princípios de direitos sociais (universalidade, equidade, integralidade, participação etc.) e as diretrizes constitucionais federativas (regionalização, reticulação, controle estatal etc.). Principalmente no que concerne ao estabelecimento e detalhamento contratual de tipos de acessibilidade, de atividades procedimentais a serem realizadas, dos modos de regulação estatal e Controle Social, de avaliação dos resultados.

Uma revisão acerca do teor dos referidos contratos públicos estabelecidos nos últimos anos entre governos brasileiros e as referidas entidades de quase-mercado habilitadas com de interesse público (OSs, OSCs e congêneres) revela que ao contrário do que está preestabelecido constitucionalmente, a contratualização pública praticamente se reduz e se limita ao dimensionamento genérico de tipos e quantidades de procedimentos assistenciais a serem produzidos. Na maioria dos contratos públicos estabelecidos, sequer tal dimensionamento procedimental está definido e, menos ainda, detalhado.

Essa referida insuficiência e redução dos referidos termos contratuais de Direito Público tende a produzir inúmeras distorções.

Ao não estabelecer e não detalhar contratualmente os princípios, modos, meios e termos para a gestão e regulação estatais dos estabelecimentos agenciados (Art. 197º da CF-1988), os governos terminam por delegar subrepticiamente intransferíveis prerrogativas estatais de gestão pública e autoridade sanitária.

Ao não estabelecer e não detalhar contratualmente os fundamentos, modos, meios e termos de acessibilidade e da produção de serviços às entidades agenciadas, com a observância sistêmica e organizacional e aos princípios de universalidade, de equidade e de integralidade; os governos tendem a reduzir o Contrato Social estabelecido constitucionalmente a um mero contrato procedimental e assistencial biomédico restrito.

Ao não estabelecer e não detalhar contratualmente os fundamentos, modos, meios e termos de cedência e de gestão do trabalho de servidores públicos (estatutários ou não), que permanecem nos estabelecimentos estatais agenciados, os governos terminam por submetê-los a situações incompatíveis com os princípios constitucionais da Administração Pública. Além de, muitas vezes, submetê-los a situações de precarização das condições de trabalho e possibilidades de assédio hierárquico distintas da esfera pública.

Ao não estabelecer e não detalhar contratualmente os fundamentos modos, meios e termos de avaliação de resultados produzidos pelas entidades contratadas, a partir de parâmetros sistêmicos e constitucionais de forma coerente e compatível com os referidos princípios e diretrizes constitucionais, os governos tendem a reduzir o sentido de produção sistêmica aos termos de produtividade procedimental (atendimentos, procedimentos etc.). Ou seja, em vez da avaliação abrangente de resultados sistêmicos sobre a produção de serviços (outputs), seus impactos sobre o estado de saúde das populações atendidas (outcomes) com ênfase nas necessidades prioritárias, os impactos retroativos de médio prazo no ambiente social (feedbacks), que tendem a alterar as demandas sistêmicas futuras; os contratos atuais versam quase somente sobre a produção de procedimentos biomédicos.

Se o marco jurídico-constitucional brasileiro autoriza o agenciamento estatal de terceiros, instituições não lucrativas de Direito Privado, para a convenientes ao consumo de procedimentos atinentes aos seus interesses de lucro. Enquanto, ao mesmo tempo, (quase) mercados que operam sob o prestação complementar de serviços públicos de saúde a partir da égide contratual do Direito Público, tal premissa não se encontra estabelecida inequivocamente e nem detalhadamente na maior parte dos contratos realizados.

Torna-se imprescindível a definição e aprovação de um marco regulatório abrangente, de preferência, por lei complementar, que estabeleça os fundamentos, meios, modos e termos de contratualização pública de terceiros para a prestação de serviços públicos complementares. Que defina de modo inequívoco que a contratação deve se ater a tal prestação de serviços e não implica transferência de prerrogativas de gestão pública e de autoridade sanitária. Entretanto, somente tal marco regulatório seria insuficiente para conter e deter a tendência em curso, referida anteriormente.

Se não houver a priorização política para a construção estratégica do SUS em sua arquitetura estatal, o sentido constitucional de complementaridade permanecerá invertido. Ou seja, o SUS permanecerá como complementar aos (quase) mercados, que tendem a induzir e a selecionar demandas mais contingenciamento e a restrição de gastos orçamentários com políticas sociais, de modo compatível ao incremento de despesas orçamentárias destinadas à agiotagem do mercado financeiro das dívidas públicas.

Urge, pois, justapor à Lei de Responsabilidade Fiscal, uma Lei de Responsabilidade Social que implique marco regulatório inequívoco para as prioridades públicas em termos de necessidades sociais, como ainda, para as atividades públicas não estatais. Urge, ainda, eliminar o teto financeiro de gastos estatais, de modo a compatibilizar o orçamento federal com o necessário financiamento progressivo e minimamente sustentável, em termos de custos e investimentos, para as políticas de Seguridade Social.

O caso de Porto Alegre/RS

O município de Porto Alegre/RS constitui um âmbito de experiências paradoxais em perspectiva de gestão pública. Ao mesmo tempo em que se tornou exemplo mundial para a experiência inovadora de Orçamento Participativo, nos últimos anos tem sido palco para iniciativas, tentativas e experiências de empresariamento na gestão pública de Saúde.

Nas últimas décadas, sucessivos governos municipais têm implementado formas variadas para o agenciamento empresarial, não somente da

prestação de serviços públicos de saúde, mas, sobretudo dos processos e práticas de gestão, a partir da transferência implícita de prerrogativas decisórias, de controle e de autoridade sanitária.

Ainda em 2007, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) assinou um contrato de gestão com o Instituto Sollus, uma Organização de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) com sede em Sorocaba (SP), programando o pagamento mensal de R\$ 2,4 milhões para a entidade coordenar 84 unidades do então denominado Programa da Saúde da Família (PSF) na capital. Esse contrato foi assinado sem o devido processo licitatório prévio, tendo sido realizada somente uma consulta pública, sendo que, o tesoureiro nomeado na época para o Instituto Sollus também constava na mesma função em outra entidade consultada (Interset).

Antes da contratação do Instituto Sollus, a PMPA já agenciava a contratação de mais de 700 profissionais lotados no PSF, por intermédio de uma entidade fundacional de Direito Privado (Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - FAURGS).

Na ocasião do conveniamento com o Instituto Sollus, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) se posicionou firmemente contrário a tal iniciativa. Além disso, o CMS ingressou com uma representação junto ao Ministério Público Federal, pela qual denunciou irregularidades no referido processo convenial.

Uma simples revisão no instrumento convenial firmado entre a PMPA e o Instituto Sollus na época demonstra a extrema fragilidade em que se dispôs o poder público municipal, seja pela definição por demais genérica dos termos de coordenação e de prestação de serviços, seja pela flagrante insuficiência de critérios e de dispositivos para a fiscalização e o controle governamental. A dúvida que ficou no ar, não somente para o caso do referido convênio, como também para convênios posteriores que foram assinados com outras entidades, tem a ver com a possibilidade de dolo eventual, ou seja, de que tenham sido intencionais a generalidade e as insuficiências contidas em convênios dessa natureza.

Somente em abril de 2009, depois de inúmeras denúncias, a PMPA encaminhou representação ao Ministério Público reconhecendo irregularidades na prestação de contas do referido Instituto Sollus, inclusive, devido à emissão de notas “frias”. Em seguida houve recusa da PMPA na renovação conveni- al. No processo investigatório acerca das irregularidades, a Polícia Federal estimou o desvio de aproximadamente R\$ 11,4 milhões de recursos públicos.

Em seguida, ano de 2011, uma nova gestão governamental da PMPA (governo Fortunatti) optou por aprovar uma lei municipal (Lei nº 11.062/2011) autorizando a criação de uma institucionalidade de Administração Indireta e de Direito Privado para a gestão da rede básica de serviços, sob a modalidade de uma autarquia fundacional em regime especial denominada como: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

Mais uma vez, o CMS/POA, além de diversas outras entidades (inclusive sindicais), denunciou o caráter inconstitucional da medida de criação do IMESF. Em seguida, algumas entidades (AbRaSUS e sindicatos) impetraram uma ação direta de inconstitucionalidade (ADIN) que, em meados de 2020 resultou na decisão final confirmando a inconstitucionalidade e, em decorrência, estabelecendo o dissolvimento do IMESF.

Nova gestão governamental no município, governo Marchezan (2017-2020), mais uma iniciativa de contratação de Organizações da Sociedade Civil (OSCs) para a gestão de unidades de Saúde. Dessa feita, a partir de um processo licitatório precipitado a PMPA estabeleceu novos contratos de gestão com OSCs. Mais uma vez, contratos genéricos e insuficientes nos preceitos de garantias constitucionais do SUS e nos termos de monitoramento, controle, fiscalização e avaliação. Em se tratando de contratos de gestão, é notório que nos mesmos só constem dimensionamentos e propósitos para a produção de procedimentos e serviços de saúde (*outputs*), sem quaisquer definições e requisitos acerca dos processos e práticas de gestão institucional, propriamente dita.

Conforme referido anteriormente, ao longo das últimas décadas sucessivos governos municipais de Porto Alegre insistiram na implementação

de diversas modalidades de agenciamento empresarial para a gestão de estabelecimentos e serviços de saúde. Para justificar tal propensão foi disseminado o discurso justificativo de que tal opção tenderia a ser mais eficiente (em termos de gastos públicos) e eficaz (em termos de acessibilidade e produção de serviços). Decorrido o período aludido torna-se possível aferir e conferir resultados sobre tais iniciativas.

De início, não existem evidências que possam ser consideradas como positivas ou salutares, em termos de eficiência e efetividade, acerca dos efeitos e resultados decorrentes do processo de terceirizações de serviços de saúde na capital gaúcha nas últimas décadas.

De acordo com dados constantes no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), preenchidos pelos próprios dirigentes governamentais, no período de 2002 a 2022 a média proporcional de despesas anuais com o pagamento de pessoal no conjunto das capitais brasileira alcançou o valor de 38,7%, enquanto especificamente em Porto Alegre essa proporção alcançou 35,1%. No referido período, enquanto a média proporcional de despesas das Secretarias Municipais declaradas como pagamentos para terceiros no conjunto das capitais alcançou o patamar de 31,7%, em Porto Alegre essa média proporcional chegou a 45,3%.

Ainda a partir de dados provenientes do SIOPS para o mesmo período (2002-2022), evidencia-se que, enquanto no conjunto das capitais brasileiras a proporção média de gastos para investimentos no setor público de Saúde atingiu o valor de 1,9%, em Porto Alegre essa média proporcional foi de apenas 0,7%.

Também no mesmo período (SIOPS), o valor médio de despesas anuais totais per capita no conjunto das capitais brasileiras atingiu ao valor de R\$ 582,50, enquanto em Porto Alegre esse valor alcançou a cifra anual de R\$ 785,90. Prosseguindo, considerados os valores médios de despesas anuais per capita provenientes dos próprios orçamentos municipais de Saúde, no conjunto das capitais brasileiras chegou ao valor de R\$ 320,50, em Porto Alegre esse valor foi de R\$ 318,50.

Grosso modo, as médias proporcionais aferidas no período das últimas duas décadas evidenciam, em comparação com o conjunto das capitais brasileiras, que o município de Porto Alegre diminuiu proporcionalmente as suas despesas com o pagamento de pessoal próprio no setor público de Saúde (-7,1% abaixo da média do conjunto) e aumentou as respectivas despesas com o pagamento de terceiros (43,0% acima da média do conjunto). Todavia, tal inversão não resultou na diminuição das despesas totais de Saúde, de forma mais precisa, comparativamente o município gastou discretamente menos do seu próprio orçamento (-0,6% abaixo da média do conjunto), todavia, gastou mais a partir de transferências federais (25,8% acima da média do conjunto). Referido de outro modo, a partir de evidências empíricas não se sustenta o discurso justificativo de que as terceirizações diminuiriam os gastos em Saúde, em verdade, o que houve foi uma discreta desoneração do próprio orçamento municipal e, como destacado no parágrafo seguinte, maior valor na despesa de custeio, sem equivalência com investimentos.

Reiterando o destaque, mesmo que não se possa estabelecer uma associação direta entre o processo de terceirizações em Porto Alegre e os aportes de investimentos em Saúde, fica patente a situação desfavorável da Secretaria Municipal de Saúde em relação ao conjunto das capitais (-63,7% abaixo da média proporcional do conjunto).

Uma das decorrências mais graves, associada ao processo instável de sucessivas medidas para a terceirização de serviços públicos em Porto Alegre, tem a ver com a gestão do trabalho no contexto do SUS. Notadamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a alta rotatividade de equipes e profissionais tende a inviabilizar quaisquer possibilidades de vinculação e de cuidados contínuos (longitudinalidade), atributos imprescindíveis para a qualidade desse tipo de serviços. Profissionais de saúde (sub)contratados pelas Organizações Sociais têm sido instados a priorizar uma forma de produtivismo procedimental (trabalho focado somente no alcance de metas para produção ambulatorial), o que, muitas vezes tem comprometido outras atividades importantes e imprescindíveis para a consubstanciação do preceito de integralidade (promoção, proteção, assistência, reabilitação, reintegração).

Além disso, dada a insegurança contratual, os profissionais de saúde têm se tornado reféns e vítimas de assédios laborais (ameaças e riscos de transferências intempestivas etc.) e descartes (demissões repentinas) em função das constantes trocas de OSs contratadas. O que deveria ser um trabalho comprometido em perspectiva de política estatal de longo prazo (cargos e carreiras, salário dignos, vinculações com compromissos e responsabilidades públicas) se converte em uma espécie de emprego *boia-fria*.

Existem ainda outras evidências mais importantes a destacar no referido período, para o caso de Porto Alegre, relativas aos efeitos e impactos de serviços de saúde produzidos sobre o estado de saúde da população do município. Como ilustrações genéricas, basta realçar as tendências de piora significativa para indicadores epidemiológicos materno-infantis (destaque para morbidade por Sífilis congênita e mortalidade materna), de doenças infecto-contagiosas (Tuberculoses, AIDS etc.), de internações hospitalares por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde etc. Basta referir que a partir de um estudo descritivo utilizado como subsídio para a IX Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul¹², com análise quinquenal (2016-2020) de 70 indicadores, o município de Porto Alegre constou com 22 indicadores críticos e prioritários (em comparação com os municípios de maior porte populacional no estado).

Porém, nem tudo têm sido disruptivo, degradante e adverso na retrospectiva recente da gestão pública de Saúde em Porto Alegre. Persiste uma instância, um processo e, principalmente, um sujeito coletivo exemplar que denotam e demonstram a resistência a resiliência e a proatividade do SUS nesse âmbito: a instância do CMS/POA, a atuação de conselheiras e conselheiros e de seu corpo técnico e administrativo de apoio. Conforme já sumariamente referido, ao longo das últimas décadas o CMS/POA não somente cumpriu a sua função primordial de controle e fiscalização da gestão governamental, como atuou na linha de frente da resistência e da reatividade perante riscos e

¹²<https://www.ufrgs.br/laisc/wp-content/uploads/2022/12/PLANILHA-PRIORIDADES-LISTADAS.xls>

ameaças disruptivas ao SUS; constituindo também uma vanguarda proativa, com inovações e inclusão de demandas muito caras ao SUS.

Se a análise contextual e processual acerca da propensão governamental de agenciamento empresarial e de terceirização do setor público de Saúde em Porto Alegre pode induzir algum pendor pessimista sobre o futuro, a atuação firme e decidida do CMS/POA na defesa do SUS exemplifica a responsabilidade na reação e o otimismo na gestão e ação participativa.

Referências bibliográficas

Melo R. C., Miranda, A. S. Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde em Debate*. Vol. 46. nº 133. abr-jun 2022. p-346-567. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/54/94>. Acesso em: 25 mai. 2022.

Miranda A. S. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. *Novos Caminhos*, n.16. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_16.pdf. Acesso em: 25/05/2022.

Larval C., Dardot P. *A nova razão do mundo*. São Paulo. Ed. Boitempo. 2016. Fattorelli, M. L. *A Dívida Pública em Debate*. Caderno de Estudos. Auditoria Cidadã. Brasília, 2012. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Caderno-de-Estudos-A-Divida-Publica-em-Debates.pdf>. Acesso em: 20/05/2022.

Bresser Pereira L. C. *A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Lua Nova (45). 1998.

Introdução

Nos anos de 2006 e 2007, na cidade de Porto Alegre, ocorreu uma situação bastante complicada capitaneada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Ministério Público do Rio Grande do Sul, Instituto Mulher Consciente, Laboratório Organon e alguns outros interessados em patrocinar uma pesquisa de produto utilizando adolescentes e jovens de periferia da capital. Tratou-se da utilização de implantes subdérmicos liberadores de hormônios ENG, o Implanon, como método de contracepção exclusivo, ignorando a história prévia, bem como a situação individual de saúde de cada adolescente a utilizá-lo, sem uma definição de política de saúde sexual e reprodutiva voltada para aquele grupo etário.

Foi deflagrado um processo público de convencimento coletivo das grandes vantagens do método, sem preocupação com outros pontos importantes como a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, já que na época os preservativos deixaram de ser disponibilizados ou ofertados conforme o esperado.

Algumas unidades (2500) do produto foram “ofertadas” graciosamente pelo Laboratório Organon, sendo definidas as regras de sua utilização pelo Instituto Mulher Consciente, organização não governamental criada para esta finalidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre com a participação efetiva de um médico ginecologista da rede que então atuava na zona sul da cidade, local onde se concentrou a utilização do método. O produto teria efetividade durante 3 anos após sua inserção.

Foi lavrado um termo de cooperação entre as várias instâncias que, logo a seguir, foi questionado pelo controle social da cidade, mais efetivamente pelos Conselhos Municipais de Saúde e dos Direitos da Mulher, pois não havia sido promovida a discussão prévia com estas instâncias e havia muitos questionamentos de como se daria o processo, inclusive do acompanhamento das usuárias e da substituição do método ao fim do prazo previsto para sua utilização.

Foram consultadas várias instâncias a nível municipal, estadual, nacional e até internacional a respeito do assunto, evidenciando algumas situações inadequadas relacionadas ao produto em outros países, o que deveria ter sido levado em conta naquele momento, mas não foi. O Ministério da Saúde emitiu um parecer desaconselhando sua utilização por não haver aprovação para a faixa etária.

Aquelas que receberam os implantes na época sofreram graves consequências à sua saúde e, como previsto, não tiveram a devida atenção nem para o acompanhamento e nem para a retirada passado o período de sua validade.

Após uma sequência de ações conjuntas, algumas decisões foram implementadas: a publicação de uma Resolução pelo CMS de Porto Alegre de que deveria ocorrer a suspensão imediata do Programa de Implantes Hormonais e que houvesse a distribuição do estoque restante para toda a rede de saúde, permitindo a aplicação segundo critérios técnicos, respeitando autonomia de jovens e mulheres adultas. Foi também publicada uma Resolução pela Câmara de Vereadores, que também foi informada e consultada, sobre a necessidade de elaboração de uma Política municipal de planejamento familiar baseada em direitos reprodutivos. Mais uma coisa a lamentar, pois até hoje não se tem notícia de que isto tenha se efetivado e que aquela Casa Legislativa tenha feito qualquer questionamento ou movimento neste sentido.

O relato dessa experiência de Porto Alegre que recebeu o título Uma ação sinérgica em defesa de uma política de direitos sexuais e reprodutivos, de autoria de Teli Negrão e Neusa Heinzemann, foi premiado com o Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa no SUS como Experiência Exitosa no ano de 2010. Este trabalho apresentou como conclusões:

- a adoção do paradigma dos direitos reprodutivos, ou seja, da possibilidade de reconhecer o direito de adolescentes, jovens, homens e mulheres decidirem, de maneira informada e livre, sobre sua saúde sexual e reprodutiva, o que é um desafio ao colocar em debate padrões culturais e relações de poder;
- o Brasil adotou esse paradigma ao assinar tratados internacionais e ao elaborar leis nacionais e normas de saúde com o foco no respeito aos direitos. No entanto, sua transformação em políticas de âmbito regional e local enfrenta obstáculos de toda ordem, entre os quais o reconhecimento da sociedade organizada como sujeito-parte das decisões;
- a aliança entre o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal dos Direitos Mulher e o movimento de mulheres, em especial com a Rede Feminista de Saúde e suas filiadas, propiciou um grande debate público e a elaboração de uma nova política, que – embora não observe todos os parâmetros desejáveis – resultou de uma ação coletiva;
- essa ação, em alguns momentos conflitiva, resultou na ampliação do capital social dos movimentos envolvidos, que puderam explicitar seus saberes e sua capacidade de construir processos;
- aquela história não estava acabada, mas seguia mantida na agenda dos conselhos e do movimento feminista e de mulheres de Porto Alegre.

E enganou-se realmente quem achava que a história estava encerrada.

Ao longo dos últimos tempos, vimos por várias ocasiões novas tentativas de utilização do Implanon em outros grupos de mulheres, ora em detentas ou companheiras de detentos de casas prisionais do nosso estado ou em outras cidades do RS, principalmente da região metropolitana de Porto Alegre.

Eis que chega o ano de 2018 e somos surpreendidos/as com uma nova investida em relação aos direitos sexuais e reprodutivos de nossas adolescentes.

Desta vez, também através do Ministério Público do RS, especificamente Promotoria de Defesa da Infância e Juventude; da Secretaria

Municipal de Saúde de Porto Alegre, com a coparticipação do Hospital Materno-infantil Presidente Vargas; do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Laboratório Bayer, com um novo Termo de cooperação que previa a colocação de 100 dispositivos intrauterinos com hormônio, o Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel 20mcg - SIU-LNG, fabricado pelo Laboratório Bayer, em jovens e adolescentes institucionalizadas através da Fundação de Assistência Social e Cidadania da capital. Os dispositivos teriam validade de 5 anos a contar de sua data de colocação.

É preciso ressaltar que havia Parecer da CONITEC-Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS através de Portaria no. 13, de 11 de abril de 2016, de não inclusão do produto no âmbito do SUS.

Novamente viola-se pressupostos da PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e utiliza-se a cultura de controle dos corpos das meninas e mulheres como prática, ignora-se as dimensões técnica e ética, desrespeitando processo educativo, informação, possibilidade de escolha, segurança no uso e acompanhamento.

Quando se tomou conhecimento, a decisão já estava publicada e em andamento, sob a chancela da SMS de Porto Alegre e Ministério Público RS, um processo de convencimento de integrantes do grupo etário e, sendo disponibilizada agenda junto àqueles hospitais para a colocação do dispositivo, já tinham sido convocadas a assinar termos de consentimento de uso, mesmo sem prévia avaliação por equipe de saúde habilitada. Também circulava na rede de saúde orientação emanada da área técnica de Saúde da Mulher da SMS quanto aos critérios para utilização do produto.

Foram inúmeras as manifestações, notas públicas, notas técnicas de conselhos de direitos humanos, da mulher e da criança e adolescente, de saúde, de assistência social, de representações profissionais, em desacordo com a sequência da proposta.

Mesmo assim, não houve alternativa a não ser a Defensoria Pública do RS e da União, o Ministério Público Federal e Themis-Gênero, Justiça e Direitos Humanos, em nome dos movimentos que se aliaram naquele

momento, ingressarem com ação civil pública junto à Justiça Federal do RS a fim de sustar o processo.

O CMS e o COMDIM de Porto Alegre agregaram-se à ação civil pública de número 5054313-81-2018.4.04.7100/RS na forma de *amicus curiae* posteriormente. Não está sendo um processo fácil, pois as duas instâncias não dispõem de Assessoria Jurídica que foi buscada junto a parceiros que se disponibilizaram a contribuir: Assessoria jurídica do SERGS-Sindicato dos Enfermeiros do RS e GRITAM-Grupo Interdisciplinar de Trabalho e Assessoria para Mulheres vinculado ao SAJU-Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da UFRGS.

Em agosto de 2020, em plena pandemia de covid-19, após um longo processo de audiências, discussões e diligências, a Juíza responsável proferiu sentença favorável à continuidade daquele processo, mesmo com todas as manifestações contrárias que ocorreram.

Foi impetrado então um pedido de recurso pelos autores, cuja procedência ainda não foi julgada. Dois desembargadores já se pronunciaram a respeito, sendo aguardado o voto de uma terceira desembargadora que pediu vistas em sessão no início de março de 2022.

Mas não seria de duvidar que fosse confirmada a sentença da Juíza e rejeitado o recurso. Nos tempos em que vivemos, com posições retrógradas, equivocadas, inclusive até por parte da gestão federal, não seria nenhuma surpresa que as populações mais vulneráveis continuassem sendo utilizadas como “cobaias” de pesquisas de produtos na área da saúde.

Nossa Comissão Nacional de Ética em Pesquisa deveria estar mais atuante, mas tem se envolvido muito com questões relacionadas a medicamentos e vacinas contra a covid-19, em que também não tem dado a melhor resposta e mostrando-se insuficiente quanto a outros pontos.

Outro fato a lamentar são as posições manifestadas pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, em que a questão dos direitos vem passando ao largo, bem distante do que se poderia esperar.

Nos resta seguir lutando para que nossas meninas, jovens, adolescentes e mulheres alcancem efetivamente seus direitos, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, e que se faça justiça com aqueles que os contrariam e usurpam.

Seguiremos vigilantes, mantendo a tradição dos espaços de controle social de nossa cidade e não deixando frutificar políticas inadequadas e desrespeitosas com a condição humana.

A DORE E A DELÍCIA DA GESTÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DO NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Diego Rodrigues de Oliveira
Vania Roseli Correa de Mello

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) advém da mobilização popular pelo direito à saúde e à democracia que ao longo da segunda metade do século XX questionavam o modelo de saúde vigente até então. Neste contexto, a Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88) foi fortemente embasada nas teorias da Nova Administração Pública (FERLIE, 1996), trazendo para o centro das discussões questões relacionadas à cidadania e participação social.

Entretanto, a despeito das inúmeras conquistas do campo da política pública de saúde nestas últimas três décadas, são inegáveis os efeitos deletérios de diversas medidas governamentais adotadas. Entre as mais recentes podemos citar: o Projeto de Lei nº 4.918/2016, que possibilita a privatização de todas as empresas públicas, sejam elas municipais, estaduais ou federais; o Projeto de Lei Complementar nº 257/2016, que trata do “equilíbrio fiscal” de estados e municípios com medidas que vão do congelamento dos salários do funcionalismo público ao impedimento de abertura de novos concursos; a Emenda Constitucional nº 95/2016, chamada de “Novo Regime Fiscal”, que congela os gastos sociais por até 20 anos; e a Alteração da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 que compromete o cerne do modelo de saúde, entre outras.

Além disso, medidas criadas pelo atual governo federal como o decreto 9.759/2019 que extingue conselhos, comitês, comissões, fóruns e qualquer

colegiado que não tenha sido criado por lei, não só fragilizam o SUS, mas o próprio Estado democrático de direito. Diante dessas medidas os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde converteram-se em baluartes na defesa da cidadania. A partir do reconhecimento da importância da participação social como ferramenta para o fortalecimento da democracia, nos interessa, neste artigo, explorar os limites e possibilidades atuais para a gestão em saúde a partir da percepção dos conselheiros do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório e baseada em um estudo de caso. Para a coleta dos dados foi utilizada a metodologia de Grupo Focal (GF) “pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas” (CAPLAN, 1990, p. 527). De acordo com Kitzinger (2000), o GF é uma forma de entrevista baseada na “comunicação e interação” e possibilita o estudo das questões, sentimentos e percepções dos envolvidos a respeito de um tema específico. Ao propiciar a elaboração de um espaço para o debate aberto entre os envolvidos, além de ser significativamente democrático para os entrevistados, o GF propicia maior liberdade ao pesquisador (DENCKER, 2000), possibilitando uma análise mais complexa do processo de descrição e compreensão dos fenômenos.

Ao adotar o método do GF, procuramos nos aproximar dos participantes e com isso criar canais de comunicação não somente entre pesquisadores e entrevistados, mas substancialmente entre o próprio grupo, pois são eles os indivíduos com maior apropriação de seus caminhos, possibilitando não apenas analisar os resultados das atividades realizadas, mas considerar a percepção acerca de seu próprio trabalho. A adoção de um roteiro semiestruturado para a realização do GF permite certa autonomia no desenrolar das entrevistas, assim como a clareza dos objetivos auxilia na sua condução ao mesmo tempo em que não limita a proposta. As questões disparadoras escolhidas para conduzir o grupo focal foram: o CMS faz gestão em saúde? Cite algum conceito

de gestão. Quais as principais dificuldades para o exercício da gestão do Núcleo de Coordenação do CMS? Quais foram os principais estímulos que os conselheiros tiveram ao longo da gestão do Núcleo de Coordenação para continuar seu trabalho? Quais as principais competências que os conselheiros apontam como necessárias para fazer a gestão do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre?

Assim, para a realização desta pesquisa foram convidados a participar do grupo focal todos os membros do Núcleo de Coordenação que, dadas as circunstâncias da pandemia de covid-19, realizou-se de forma virtual. Como os representantes da Secretaria Municipal de Saúde e dos prestadores de serviços não responderam ao convite, o GF contou com a presença de cinco membros, sendo três representantes dos usuários e dois dos trabalhadores.

A gestão não aceitou nosso convite para participar do grupo focal, o que reflete a relação que veio desenvolvendo com os demais atores presentes do CMS. Nos últimos anos o secretário da saúde não participou das reuniões do conselho. A ausência do representante da gestão da SMS dá o tom do grupo político que governou a prefeitura no período 2017-2020.

O grupo focal com os integrantes do Núcleo de Coordenação do CMS foi gravado e, posteriormente transcrito e organizado a partir de uma “categorização temática” (MINAYO, 2010), pontuando-se aspectos indicados como potencializadores e limitadores da gestão em saúde com base na experiência do núcleo de coordenação. Para a categorização temática os pesquisadores foram lendo as transcrições e organizando-as em unidades de sentidos.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através de e-mails e convites pessoais, nos quais foram comunicados a respeito de seus objetivos e esclarecidos de que poderiam aderir ou não a ela, com a liberdade de, a qualquer momento, vir a interromper sua participação sem qualquer tipo de prejuízo. Os participantes também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A devolutiva dos resultados da pesquisa foi apresentada em uma plenária formativa do CMS.

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERGS, CAAE: 27578719.7.0000.8091 com número do parecer: 3.917.010 e, após, foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, CAAE:27578719.7.3001.5338 com o número do parecer: 4.179.803.

A gestão em saúde construindo a democracia

A gestão em saúde demanda o planejamento, monitoramento e controle das atividades da área (MEZOMO, 2001), bem como a compreensão de uma realidade complexa que envolve não só ordenamento jurídico, mas as tensões sociais marcadas pelas disputas políticas e econômicas. Em decorrência de todas essas singularidades torna-se oportuno debruçar-se sobre os diferentes conceitos de gestão, pois, a adoção de um determinado conceito limita ou impulsiona a própria proposta de organização da sociedade. Na área da gestão pública destacam-se três conceitos: Gestão Compartilhada, Gestão Participativa e a Gestão Democrática.

A Gestão Compartilhada (GC) se caracteriza pela distribuição da tomada de decisão pelo coletivo, sempre focando na entrega para grupo de indivíduos com maior capacitação formal ou prática, no que tange a questão problema, rompendo com uma gestão vertical, compartilhando a construção e a tomada de decisão.

A gestão compartilhada foi amplamente discutida como um modelo de gestão inovador, que se opõe ao modelo de gestão vertical, hegemônico nas instituições de saúde, em que a gestão é realizada pelo chefe, sem abertura aos demais membros da equipe. Além de estimular os trabalhadores a serem protagonistas nas ações de saúde, prevê a participação dos usuários nesse contexto. As comissões locais de saúde foram identificadas como participantes

na gestão das USF, o que assegura as diretrizes da política nacional de gestão estratégica no SUS (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ. 2019, s/n).

Nessa lógica de organização do SUS, compreende-se a GC como transposição das deliberações da área para os trabalhadores e sociedade, compartilhando a tomada de decisão com aqueles que são diretamente afetados, não restringindo a ideia de gestão somente aos cargos de chefia ou aos governantes. Todavia, compartilhar ainda mantém o sentimento de concessão/permissão de quem detém o direito para quem recebe, limitando assim a percepção de pertencimento de determinado direito.

O conceito de Gestão Participativa (GP) busca a ampliação das relações, adotando-se ao modelo administrativo a compreensão coletiva da tomada de decisão, com a inclusão de novos sujeitos através da institucionalização de certos espaços para interação participativa, garantindo lugares que propiciem a participação.

A gestão participativa ou cogestão é considerada uma nova maneira de agir em saúde. Em detrimento de outras formas de gestão, a cogestão tem o potencial de criar espaços compartilhados de poder e todos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho podem participar, aprender, decidir e ter maior compromisso com todo o processo e resultados (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ. 2019, s/n).

Nessa perspectiva adota-se não só a presença desses sujeitos, que outrora estavam fora do processo administrativo de deliberação sobre os rumos da gestão, mas o reconhecimento do espaço compartilhado como indutor da luta social. Todavia se a restrição de um espaço como local por excelência do debate não só estimula a participação, pode também limitá-lo, uma vez que fora do local em específico a participação é restringida.

A Gestão Democrática (GD) surge como uma proposta de aprofundamento da democracia através da mudança de pressupostos, criando uma forma transparente, participativa e democrática da gestão que não se

restringe ao espaço de participação, de escolhas condicionadas, mas enxerga o espaço como forma de aprendizado dialético entre os indivíduos. De acordo com Diaz Bordenave, “A participação é uma habilidade que se aprende e se aperfeiçoa. Isto é, as diversas forças e operações que constituem a dinâmica da participação devem ser compreendidas e dominadas pelas pessoas” (1994, p. 47).

A adoção da gestão democrática é complexa e, no caso do funcionamento do CMS, passa principalmente por sua efetiva participação na elaboração, implementação e fiscalização do conjunto de projetos que envolvem a saúde. Ao mesmo tempo em que atuam, os envolvidos estão num constante aprendizado, no qual se reconhecem como portadores de direitos, reduzindo os conflitos, mas não eliminando as disputas, pois só quando o CMS mobiliza a sociedade é que se efetiva em sua plenitude a gestão democrática. A GD é o modelo de gestão que, de forma mais ampla, busca reformular a própria cultura democrática através das modificações da forma de gerir e pensar o todo organizacional como um dos locais para resolução coletiva dos problemas.

Além dos três modelos de gestão, cabe destacar a concepção teórica e metodológica do método Paidéia, cujo propósito é dar suporte à cogestão de coletivos organizados para a saúde, reformulando os tradicionais mecanismos da área, buscando a construção dos pressupostos democráticos na organização a partir do trabalho em seus três eixos de aplicação: no apoio institucional na relação entre gestores e trabalhadores, no apoio matricial na concepção de trabalho em rede com pressupostos interdisciplinares e na clínica ampliada, compartilhando saberes e práticas através da construção do projeto terapêutico com todos envolvidos.

O termo Paidéia é de origem grega. Designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder; e o conceito Paidéia, educação integral. O Método Paidéia (ou método da roda, como também é conhecido) realiza uma adaptação dessa

tríade. Busca-se o efeito Paidéia (...). Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações (CAMPOS, CASTRO, FIGUEIREDO E PEREIRA, 2014, p.985).

O método Paidéia destaca-se pelo seu longo período de experimentação na área da saúde no Brasil, pois ao longo de mais de três décadas de emprego nos níveis federal, estadual e municipal, apresenta inúmeros resultados que fundamentam sua utilização prática.

O método reconhece então a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, assim como a necessidade de entender esses espaços não somente pelo seu aspecto negativo (as instituições-máquinas de produção de subjetividade e, portanto, de controle), mas também pelo seu aspecto positivo: espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos (CAMPOS E CUNHA, 2010, p. 32).

Segundo Campos e Cunha (2010) “O Método Paidéia politiza a gestão porque reconhece os conflitos e procura não moralizar os interesses em jogo”, deixando clara a necessidade de equilíbrio entre os atores envolvidos, pois a concentração de poder em uma das partes pode destruir a própria organização. O método Paidéia busca sobretudo a recriação das relações institucionais e com isso a modificação das próprias instituições, sempre levando em conta os desejos e interesses dos sujeitos envolvidos.

Ao nos debruçarmos sobre os diferentes conceitos de gestão em saúde e sobre a percepção dos conselheiros a respeito da “dor e da delícia” do exercício de gestão do Núcleo de Coordenação do CMS de Porto Alegre, estamos aprendendo de que modo os conceitos delimitam ou impulsionam a prática. Além disso, como o trabalho na gestão em saúde modifica os sujeitos

e como eles modificam o seu trabalho e, consecutivamente, são capazes de atribuir outros sentidos aos próprios conceitos.

Deste modo buscamos, na experiência dos membros do NC e seus saberes, elementos fundamentais para compreendermos as competências necessárias para a função de gestão no campo da saúde. Assim, tentamos romper com a imposição dada pelas teorias construídas de cima para baixo, que muitas vezes desprezam o conhecimento popular e supervalorizam o que vem de fora.

Entendemos o papel do NC como extremamente relevante tanto pelo primado democrático de sua composição plural, oito membros representando usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestão, quanto pelo conhecimento prático. Essa composição ampla possibilita as mais diversas visões e experiências sobre a realidade, conhecendo solidamente os dilemas da área e com isso possibilitando a reflexão sobre o exercício da gestão.

Democracia, resistência e saúde

Em janeiro de 2018, foi eleita uma comissão responsável por conduzir o processo eleitoral para a Gestão 2018/2019 do CMS/POA, em decorrência da renúncia integral da comissão eleitoral anterior, em dezembro de 2017. Além disso, o plenário do CMS, contando com a participação do secretário adjunto da secretaria municipal de saúde, prorrogou o mandato da gestão 2016-2017 até a posse da nova gestão eleita.

No entanto, às vésperas da realização do pleito, o secretário municipal da saúde publicou no Diário Oficial de Porto Alegre a anulação da convocação de eleição, alegando o descumprimento ao disposto nos artigos 55 e 56 do regimento interno do CMS/POA que dispõe que “a comissão conduzirá todo o processo eleitoral, desde a sua instalação até a conclusão do pleito que elegerá o Núcleo de Coordenação”, questionando assim a autoridade da nova comissão, em que pese seu adjunto tenha participado da reunião do plenário que a elegeu e autorizou a permanência da gestão anterior até a posse da nova.

Frente a isso, os conselheiros do CMS/POA acionaram o Ministério Público Estadual para defender-se do autoritarismo da gestão e assim, realizaram a eleição conforme programada.

No dia primeiro de março de 2018 tomou posse, a chapa eleita para gestão 2018-2019 do CMS/POA. As condições em que ocorreu a posse, literalmente na rua, já denotavam as dificuldades que seriam enfrentadas.

(...) tomar posse na rua não é qualquer conselho ou qualquer comunidade que faz ou que faria, é nessa perspectiva de resistir, de saber, de ter essa compreensão do direito à saúde, de como ele é visto e compreendido. Isso é o que nos deu a certeza de que temos que garantir nosso direito, que é o direito previsto na lei de participar (...) (Conselheiro D).

No contexto de disputa, no qual os representantes do paço municipal utilizaram-se de toda estrutura institucional para barrar a posse da nova diretoria do Conselho, percebe-se que a experiência dos conselheiros foi fundamental para garantir o direito de existir do CMS/POA e exercer o controle social. O GF permitiu constatar que todos os conselheiros do NC possuíam larga experiência no CMS/POA, com uma média de 15 anos de participação antes de assumirem o Núcleo de Coordenação. Esta experiência mostrou-se fundamental para enfrentar os desafios colocados ao controle social em saúde na cidade de Porto Alegre.

A própria comunidade foi em peso para o conselho respondendo aos nossos questionamentos e inclusive se colocou à disposição e se colocou presente no sentido de não permitir que a gente desistisse daquele embate. Foi um momento de fragilidade, muita fragilidade nossa diante de todos os ataques, nós estávamos sucumbindo, então a própria comunidade, a força da participação comunitária é o que nos trouxe à tona de novo, nós estamos com vocês e nós queremos continuar, nós vamos continuar (Conselheiro D).

Como destaca o conselheiro D, a força do plenário foi o principal indutor da resistência às imposições e aos destratos do governo municipal à época. A união e apoio de vasta parcela dos membros e entidades que compõem o CMS/POA possibilitou a força e estrutura necessária para a posse do conselho, a manutenção do enfrentamento, a defesa do direito da participação social e o direito de fazer gestão.

Com essa disputa de visões, as gestões acabam por vislumbrar o conselho não um parceiro ou espaço de ajuda na construção e gestão da saúde pública, mas como um inimigo ou espaço de enfrentamento. Essa visão limitada é a marca do patrimonialismo de nossa sociedade e herança de um modelo ditatorial que limitou a participação social no que tange às questões da res pública.

Assim, a atuação do CMS/POA tem sido fundamental para alteração dessa visão restrita e construção de uma cultura mais democrática. Para modificar essa realidade, torna-se necessário ter clareza do problema e propor uma prática gestora capaz de ajudar a construir o modelo de sociedade que se busca. A tabela 1 sistematiza as respostas à pergunta: o CMS faz gestão em saúde?

Tabela 1

Conselheiro	O CMS faz gestão em Saúde?	Citou algum conceito de gestão?
A	Sim	Gestão compartilhada
B	Sim	Participa da gestão/Gestão participativa
C	Sim, mas não respondeu diretamente	Não
D	Sim	Participa da gestão/Gestão participativa
E	Sim, mas não respondeu diretamente	Não

Tabela elaborada a partir dos dados coletados no GF.

Ao responder o questionamento, todos os conselheiros responderam direta ou indiretamente que sim, o CMS faz Gestão em Saúde. Surgiram conceitos como Gestão Compartilhada e Gestão Participativa.

(...) essa ideia de que o controle social participa da gestão é uma ideia que não está clara para todo mundo, principalmente para o gestor, porque muitas vezes o que a gente escuta do próprio gestor e não é só desse que a gente teve muita dificuldade, pois isso é um discurso recorrente, é que o controle social está querendo assumir o controle da gestão em saúde, como se isso não fosse atribuição do controle social. Porque se formos analisar as atuações dos conselhos, você vê que elas são muito diversas e o nosso Conselho têm a característica de sempre ter avançado no escopo do que seria as atribuições ordinárias do conselho. Ele sempre vai adiante, sempre inovou. Ele inovou, por exemplo, na questão da educação permanente em saúde, que foi uma experiência inclusive reconhecida. Ele inovou nas suas pautas, ele inovou nas suas disputas políticas em ocupar o lugar que lhe é de direito e que muitas vezes os conselhos não conseguem fazer essa disputa por todas essas dificuldades que a gente elencou aqui (Conselheiro B).

Conforme a fala do Conselheiro B, existe uma preocupação constante de ampliar a participação do conselho na gestão em saúde, bem como realizar educação permanente na busca da construção de uma cultura democrática, que supere a visão limitada do papel do conselho. A construção da cultura democrática mostra-se árdua e complexa e a experiência dos conselheiros se apresenta como caminho prático que pode orientar nessa construção, por isso buscamos saber quais foram as principais dificuldades que eles tiveram ao longo da gestão no núcleo de coordenação, conforme consta na tabela 2.

Tabela 2

Conselheiro	Principais dificuldades
A	Obstrução e assédio moral por parte da gestão. Criminalização do movimento. Esvaziamento dos trabalhadores no CMS por causa do assédio da gestão. Dificuldade histórica de participação.
B	Gestão ameaçando, autoritarismo e assédio.
C	Criminalização do movimento através de ação judicial. Falta de apoio da comunidade externa.
D	Existir por conta do autoritarismo da gestão e assédio. Retirada das condições de trabalho por parte da gestão. Posição do MP Estadual, que não fez valer a legislação, garantindo a participação da comunidade. Omissão da PGM. Movimento Institucional de Retirada de Direitos. Criminalização dos movimentos sociais.
E	Perseguição por parte da Gestão.

Tabela elaborada a partir dos dados coletados no GF.

Muitas dificuldades foram apontadas pelo grupo, destacando-se a criminalização do Conselho, através do autoritarismo da gestão e assédio moral aos que dele participam, bem como ação judicial contra seus membros.

(...) o que nós vivemos foi assédio moral, além da criminalização.
(...) um verdadeiro esvaziamento por parte dos trabalhadores e esse esvaziamento é justificado pela ação direta do gestor. Foi dito claramente em todos os espaços da secretaria municipal da saúde que a participação no Conselho não era reconhecida e não era aceita pelo gestor, então quem ousou manter-se nesse espaço sabia que corria o risco grande de ser perseguido e de fato isso aconteceu e acontece até hoje (...). Para vocês terem uma ideia o gestor disse para lideranças comunitárias quando trazem demandas que se tiver representante do conselho municipal de saúde ele não se senta à mesa com as lideranças (Conselheira B).

Segundo o relato dos conselheiros entrevistados, a tentativa de dissuasão da participação social através do aparato institucional foi uma constante ao longo do período, com intimidação dos trabalhadores para que não participassem, deslegitimação do conselho, não reconhecimento de suas lideranças e falta de estrutura para a realização das suas atividades. Diante de tantas dificuldades, buscamos saber quais foram os principais estímulos que os conselheiros tiveram ao longo da gestão do núcleo de coordenação para continuar seu trabalho, conforme consta na Tabela 3.

Tabela 3

Conselheiro	Quais foram os principais estímulos?
A	Maior incidência do CMS/POA na gestão, através do respaldo legal.
B	União do grupo. A história do CMS-POA.
C	A resistência do grupo. União e apoio do plenário.
D	Apoio do plenário e da comunidade no momento mais difícil.
E	União dos presentes. Resiliência do grupo.

Tabela elaborada a partir dos dados coletados no GF.

Como pontos positivos, foi recorrente a indicação de força e união do plenário, o que permitiu uma maior capacidade de resiliência do grupo ao longo dos ataques sofridos. O apoio do plenário e dos movimentos que o compõem foi fundamental para o seguimento dos trabalhos durante o período de maior autoritarismo tucano, de modo que a busca local e coletiva de soluções para os entraves colocados guiou e estimulou a gestão do NC.

Mas, por outro lado, o que nos fez manter firmes e fortes continuando essa luta, com certeza foi a união dos que estavam presentes ou estão presentes. Outros conselheiros, que estiveram sempre presentes, esses nos tornaram fortes dizendo para nós em suas atitudes e ações que deveríamos continuar e dizer não a esse governo, e mesmo que ele não nos dê a possibilidade de trabalhar nós vamos fazer com aquilo que nós temos em mãos e foi isso que nós fizemos até hoje e vamos continuar fazendo sempre (Conselheiro A).

Destacou-se também uma maior incidência na gestão através do respaldo de decisões legais, como estímulo para continuar, como foi no caso da Apelação Cível Nº 5004915-44.2013.4.04.7100, na qual O Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4) proferiu a sentença determinando que a prefeitura de Porto Alegre incluísse o CMS/POA nas deliberações do município sobre novos contratos, convênios e projetos que venha a ajustar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Eu queria trazer um marco, que aconteceu nessa gestão. O Conselho ganhou uma ação judicial que corria há muitos anos na justiça e que reivindicava o que já está na lei, pois infelizmente nem tudo que está na lei é cumprido, portanto a gente precisa reivindicar o direito. Então o conselho entrou com uma ação para que fosse garantido que todas as ações em saúde passassem. (...) e em 2017 saiu essa decisão e isso é um divisor de águas, porque a partir daí tem um decisão judicial que obriga o gestor e foi nessa gestão que eles se viram obrigados a ter que no mínimo encaminhar para nós essas ações, que até então não eram encaminhadas e quase nenhuma em sua totalidade nem nas outras gestões. (Conselheiro B).

Com isso o Conselho conseguiu garantir, através da ação judicial - instrumento de contestação utilizado largamente ao longo dos anos - a participação da sociedade na gestão da saúde pública. Através do acórdão proferido pelo TRF4, a prefeitura ficou obrigada a cumprir a legislação e passar pelo

conselho as ações em saúde. Contudo, isso não significou na prática um cumprimento total, uma vez que, ainda que de forma difusa, os representantes do paço municipal continuaram tentando criar barreiras para o exercício do papel do conselho, seja pelo envio com curto prazo para análise, seja pela falta de estrutura ou logística para realização da apreciação, ponderação e construção das ações por parte do CMS/POA.

Diante de tantas dificuldades e estímulos, buscamos saber quais foram os principais conhecimentos e competências que os conselheiros apontam como necessárias (Tabela 4) para gerir o Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Tabela 4

Conselheiro	Quais são os conhecimentos e competências necessárias para gerir o NC do CMS/POA?
A	Trabalhar bem em grupo e cooperar com outras instituições. Responsabilidade. Proatividade. Aglutinação. Capacidade de Mediação.
B	Estar aberto ao aprendizado. Proatividade. Aguerrimento.
C	Resiliência.
D	Trabalhar bem em grupo e cooperar. Estar aberto ao aprendizado. Responsabilidade. Resiliência.
E	Trabalhar bem em grupo e cooperar.

Tabela elaborada a partir dos dados coletados no GF.

Os conhecimentos e competências mais destacadas pelos membros do NC foram disponibilidade para aprender, resiliência, cooperação, reponsabilidade e proatividade.

O NC nos exige ter competências que não são simples, porque aqui se falou conhecimento técnico, mas para isso também temos as assessorias,(...) precisamos ter competências de articulação, mediação, de mobilização que é o que foi falado aqui. A capacidade que os conselheiros têm de mobilização social em seus diferentes segmentos. Então eu acho que são muitas capacidades que são necessárias e cada um vai ter mais habilidade em algum aspecto, mas ele vai ser fortalecido por essas diferentes habilidades e pelas diferentes experiências desde que a gente consiga construir isso de forma colaborativa e compartilhada (...) (Conselheiro B).

Conforme exemplifica o Conselheiro B, a resiliência e a disponibilidade para cooperar destacam-se como competências fundamentais para atuar na área, pois a construção coletiva da solução dos problemas e a capacidade de lidar com posições divergentes colaboram com a concepção democrática adotada a partir da lógica do SUS, tanto como reforma social capaz edificar outra forma de relação social ou na lógica de reforma setorial.

Para ambas as visões torna-se importante deter e estimular a capacidade de trabalho em equipe, superando os diferentes interesses além de debater o papel da gestão e suas competências, para impulsionar a participação social que só acontece, segundo Souza (2009), quando é adotada a participação como diretriz permanente da Gestão Democrática na relação dialética entre sociedade e governo, uma vez que a tentativa de construção da gestão como um campo separado da política vai contra a essência do próprio termo.

(...) o denominado 'sistema de saúde' é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos (...), mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. (CECÍLIO, MEHRY, 2003, p.199).

Percebemos que a atuação dos Conselheiros do NC tem sido importante para garantir a participação e confrontar velhos modelos de gestão. Contudo, identificamos a necessidade de que os representantes da gestão municipal entendam a gestão da coisa pública no sentido da consolidação da democracia. Neste sentido, surge o imperativo de se debater as competências esperados pelos gestores públicos: competência tarefa (aquilo que tem que ser executado), competência profissional no domínio da política substantiva (do assunto), competência profissional em administração, competência política e competência ética (VIRTANEN, 2000).

Não podemos deixar de incluir também a competência do conhecimento histórico e social de como se formou e como ocorrem as dinâmicas de determinada sociedade. A atuação dos membros do Núcleo de Coordenação do CMS/POA tem contribuído para a reinvenção política e metodológica do papel de gestão em saúde, uma vez que o NC busca mais a construção de uma forma de organização social pautada pela coletividade do que o controle do atos administrativos e políticos.

É importante destacar que o modelo de gestão democrática exercitado na gestão do NC pode servir como dispositivo de redistribuição do poder nas relações sociais e instrumento democrático que pretende transformar os espaços institucionais e gradativamente tensionar toda a estrutura social, ampliando a democracia ativa, que passa por inúmeros dilemas como os constatados, mas que sobretudo é marcada pela capacidade de tecer participações como possibilidade de produzir a mudança, e não apenas como controle e fiscalização das normas instituídas.

Considerações finais

O objetivo inicial deste trabalho foi analisar os desafios e as possibilidades atuais para a gestão em saúde, a partir da experiência dos conselheiros que compõem o Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre. O intuito também foi identificar as principais dificuldades e potencialidades no exercício da gestão do Conselho e verificar as competências indicadas como necessárias para o exercício da gestão em saúde.

A partir dos materiais pesquisados fica evidenciado que, mesmo com norte legal do SUS primando pela participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento em saúde por parte dos governos ainda são grandes desafios. Isso leva a permanência de práticas calcadas na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho. Modificar uma cultura preestabelecida é um processo complexo, que demanda não só alteração da concepção que norteia a gestão, mas também o enfrentamento constante no dia a dia, dentro das condições reais de mudança em cada organização.

(...) o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, nesse contexto, é relativo à capacidade de implementar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes (FERLA, CECCIM e PELEGRINI, 2003, p. 65).

Conforme compreendemos ao longo da trajetória do CMS, mesmo com toda a normativa legal que embasa suas ações, tem sido necessário muita disposição para garantir a participação social, o que nem sempre se deu de forma ampla. A luta do conselho pela participação social e democratização da gestão aglutinou inúmeros setores da sociedade, o que se tornou um estímulo, bem como uma força indutora da modificação desejada.

Conforme compreendemos ao longo da trajetória do CMS, mesmo com toda a normativa legal que embasa suas ações, tem sido necessário muita disposição para garantir a participação social, o que nem sempre se deu de forma ampla. A luta do conselho pela participação social e democratização da gestão aglutinou inúmeros setores da sociedade, o que se tornou um estímulo, bem como uma força indutora da modificação desejada.

Contudo, não podemos negar a grande assimetria de poder com a qual se defrontam os interesses em campo. Em diversos momentos a busca pela participação, originária da própria forma como surgiu o SUS, choca-se com o hibridismo cultural e com interesses econômicos. Por isso, compreendemos que a efetividade da Gestão Democrática, norte do CMS/POA, depende da própria democratização do capital e conhecimento. O que se busca, sobretudo, é o processo de socialização da tomada de decisão, transferindo o eixo de poder para sociedade e com isso radicalizando a própria democracia, pois, não podemos falar em democracia sem falar em socialização do conhecimento, do capital e da tomada de decisão.

A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz às "ruas" para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo, e, no início do século XXI, timidamente para o poder judiciário, com o Conselho Nacional de Justiça. (DRUMMOND, 2006, p. 19).

A atuação do NC tem contribuído na desconstrução da concepção engessada do papel do gestor, dando voz ao povo, rompendo com a simples visão clássica da administração que, por excelência, exclui os indivíduos. E nesse espaço de inclusão, o conselho de saúde, é que se edifica o principal campo de luta por uma saúde pública justa e cidadã, lugar no qual se processam os enfrentamentos e formam-se sujeitos. Sendo assim, a participação no NC não se constitui apenas como uma rota para construção

do SUS, mas o próprio lugar onde, a partir da prática, é possível criar bases para uma gestão democrática, com a radicalização da própria democracia do cotidiano institucional do sistema de saúde.

[...] campo da saúde é onde a participação social tem sua experiência consolidada mais antiga, por meio dos conselhos gestores, o que é um inquestionável avanço. Pode-se sugerir que a experiência desses conselhos foi o ponto de partida para a institucionalização da participação social também nos campos do saneamento e da educação (PICCOLI; KLIGERMAN; COHEN, 2017, p. 405).

Assim, ao fundamentar-se pela perspectiva ativa de cidadania, o CMS/POA busca mais do que a tomada de poder e sua capacidade decisória, mas a própria resignificação desse poder, pois, com a participação dos múltiplos segmentos, através da gestão democrática da saúde, os indivíduos que outrora estavam fora do jogo deliberativo, vão tomando consciência das relações econômicas, sociais e políticas envolvidas. Ao participar do conselho, deparam-se, por exemplo, com a forma de distribuição orçamentária, confrontando-se muitas vezes com escolhas que são incapazes de dar conta da demanda real. Com isso, os sujeitos percebem-se e tomam consciência do seu papel na intrincada luta pela construção de uma sociedade plural e democrática.

O Núcleo de Coordenação do CMS/POA, no exercício da gestão em saúde, tem buscado a construção coletiva e solidária como mecanismo de superação dos problemas locais. Ultrapassando a concepção limitada do interesse próprio, reconhece os indivíduos como sujeitos ativos, capazes de se sensibilizar pelas pautas coletivas, propondo outra forma de relação em sociedade baseada na solidariedade e participação.

Referências bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

CAMPOS, G. W. de S. e CUNHA, G. T. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. In: Organização & Democracia. Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CAMPOS, G. W. S.; CASTRO, C.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JUNIOR, N. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. In: Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl. 1:983-95.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>>. Acesso em: 9 fev. 2019.

DENCKER, A. F. M. Métodos e técnicas de pesquisa em turismo. 4. ed. São Paulo: Futura, 2000.

DIAZ BORDENAVE, J. H. O que é participação. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DRUMMOND, J. Introdução. In: A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

FERLA, A. A.; CECIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003. p.61-88.

FERLIE, E.; A., L.; F, L. & P, A. The new public management in action. Oxford, Oxford University Press, 1996.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). Qualitative research in health care. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

MEZOMO, J. C. (2001). Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole.

MINAYO, M. C. S. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petropolis: Vozes, 2010.

PENEDO, R.; GONÇALO, C.; QUELUZ, D. (2019). Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 23. 10.1590/interface.170451.

PICCOLI, A. D. S.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Políticas em saúde, saneamento e educação: trajetória da participação social na saúde coletiva, 2017. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.26, n.2, p.397-410, 2017.

VIRTANEN, T. Changing Competences of Public Managers: tensions in commitment. The International Journal Public Sector Management. Bradford, v.13, n.2, p.333-341, 2000.

ANÁLISE DAS CONTRATUALIZAÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PORTO ALEGRE

Ana Paula de Lima

Lisiê Machado Winter

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Introdução

Este capítulo apresenta uma análise das contratualizações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre/RS com Organizações da Sociedade Civil (OSC) para a provisão de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O período estudado abrange as contratualizações vigentes em junho de 2022, embora também sejam situadas historicamente as contratualizações da RAPS desde o início das mesmas, bem como as mudanças de OSC contratualizadas ao longo do tempo, desde 2012.

No caso de Porto Alegre, há registros da expansão de contratualizações entre a administração pública e entidades privadas na área da atenção hospitalar desde o início dos anos 2000 (PORTO ALEGRE, 2017). Esse modelo de gestão na atenção hospitalar foi regulamentado em 2013 pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.410 (BRASIL, 2013). Gradativamente, ele se propagou para outros serviços públicos de saúde, mesmo antes da existência de legislação específica para estes, o que ocorreu em 2014 em âmbito federal, com o chamado Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (Lei 13.019/2014).

Em 2017, o governo municipal publicou o Decreto 19.775, estabelecendo o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as Organizações da Sociedade Civil, tomando como base a Lei federal acima mencionada. Embora antes dessas regulamentações específicas tais contratualizações

já estivessem sendo realizadas, foi posteriormente ao decreto municipal, sob o mesmo governo que o publicou e os subsequentes, que as contratualizações se propagaram no setor da saúde. Em Porto Alegre, dois movimentos sinérgicos são observados nesse processo, um deles é a transferência de serviços de saúde da RAPS anteriormente sob administração estatal direta, e o outro é a abertura de novos serviços contratualizados desde a sua criação.

A análise desse processo tomando como base algumas categorias vigentes nos marcos legais é importante para problematizar um discurso que defende efusivamente esse modelo de gestão contratualizado, sob argumentos de melhoria na qualidade e de redução de custos dos serviços administrados por OSC. Além disso, é necessário o desenvolvimento de matrizes analíticas que possibilitem estabelecer critérios para acompanhar as contratualizações e contribuir com instâncias de controle social, como o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, que historicamente tem questionado e denunciado a ocorrência desse deslocamento, de uma égide do Direito Público para a do Direito Privado, processo designado por Miranda (2017) de empresariamento do SUS.

Um breve histórico da expansão do setor público não estatal

A existência de organizações não estatais que realizam atividades de interesse público já tem alguns séculos, sobretudo sob a forma de entidades religiosas filantrópicas. Entretanto, é desde meados do século XX que se constituiu um setor entre o Estado e o mercado, designado por alguns autores de Terceiro Setor (TOURINHO, 2017). Esse setor agrega diferentes tipos de organizações e projetos e tem proliferado nas últimas décadas incentivado por mudanças nas concepções de Estado que tem entre suas formas de expressão tensões normativas acerca das naturezas jurídicas do Direito Público e Privado¹. Os

¹Para MIRANDA (2017, p. 5), *definições mais substanciais sobre a égide do Direito Público ou Privado decorrem; da natureza do provimento e destinação de capitais e recursos (públicos, privados); da abrangência, acessibilidade e usufruto de bens e serviços produzidos (universalidade e/ou graus de particularidade); dos alcances, propósitos de utilidade e benefícios sociais; das prerrogativas de regulação e controle (social, público), além de outras especificidades.*

tensionamentos entre essas diferentes égides do Direito têm se intensificado nas últimas décadas, decorrentes de perspectivas neoliberais propaladas no final do século XX por organismos internacionais², como forma de sanar crises sucessivas do capitalismo atribuídas a um modelo de Estado por demais provedor e gastador.

No caso do Brasil, a adoção dessa cartilha de transformações estruturais na reforma do Estado se intensificaram na década de 1990, sob o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, amparadas por modificações legais através de leis e Emendas Constitucionais (EC) que possibilitaram: 1) a *extinção de determinadas restrições* ao capital estrangeiro³; 2) a flexibilização dos monopólios estatais, abrindo-se possibilidades de transferência da execução de serviços públicos à iniciativa e rompimento do monopólio estatal do petróleo⁴; 3) a instituição do Programa Nacional de Privatização⁵. (BARROSO, 2006, p. 65 *apud* TOURINHO, 2020, p. 239). Dentre o conjunto de soluções propostas, estaria a transformação da Administração Pública burocrática⁶ em uma Administração Pública gerencial – baseada em modelos de mercado, caracterizados pela competitividade e contenção de gastos, buscando a eficiência (relação custo/benefício) e qualidade dos serviços (ALESSANDRA, 2016) ou uma Administração híbrida, com os dois componentes.

O projeto desse período que propõe a expansão do provimento de políticas públicas pelo Terceiro Setor com a destinação de capitais e recursos tradicionalmente estatais é o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Este plano passa a utilizar a nomenclatura *setor público não estatal* e

²Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

³EC n^o 6 e 7, de 15/08/1995 e EC n^o 36, de 25/02/2002.

⁴EC n^o 9, de 09/11/1995.

⁵Lei n^o 8.031, de 12/04/1990, substituída pela Lei n^o 9.491, de 09/09/97.

⁶A Administração Pública burocrática, de tradição weberiana, inspirou o Estado liberal buscando romper com a Administração patrimonialista, que era clientelista e confundia o patrimônio público com o privado, do detentor de poder. A perspectiva burocrática é procedimental-formal- profissional, feita pelo controle dos processos de decisão em defesa da coisa pública. Os procedimentos são feitos por funcionários especializados, exercendo cargos técnicos, sujeitos ao controle hierárquico, cuja competência é comprovada por processo de seleção.

faz referência às organizações sociais como entidades representantes do mesmo (BRASIL, 1995). Lançado em 1995, o PDRAE utiliza a justificativa da necessidade de manutenção de equilíbrio do orçamento estatal entre receitas e despesas, e defende uma Administração Pública gerencial ou híbrida, por, públicos nas áreas presumidamente, ser mais eficiente e ter melhores resultados em termos de qualidade. Segundo o autor do PDRAE, ministro da Administração da Reforma de Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira, o capitalismo contemporâneo exigiria a necessidade de modernização do Estado e de suas relações com o setor privado. O setor público não estatal seria o setor mais promissor no século XXI. (BRESSER-PEREIRA, GRAU, 1999).

O PDRAE pretendeu ser, portanto, uma resposta a tais necessidades, pois previa: 1) mudanças constitucionais nas regras do funcionalismo, com alteração no regime jurídico dos servidores; 2) publicização dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica, por intermédio das organizações sociais; 3) implementação das atividades exclusivas de Estado por meio das agências executivas e de agências reguladoras; e 4) fortalecimento do núcleo estratégico do Estado. (BRASIL, 1995). E “*a produção dos serviços competitivos ou não exclusivos de Estado seria transferida para o setor público não estatal, estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle*”. (BRASIL, 1995).

Ante críticas de que esse plano estaria alinhado a políticas neoliberais de redução do Estado, Bresser-Pereira definiu-se como neodesenvolvimentista e social democrata, alegando que o PDRAE teria contrariado os interesses do Consenso de Washington⁷ de 1989 e sua pressão pela adoção de políticas neoliberais na Administração Pública no Brasil. Segundo ele, o PDRAE não pretendia reduzir o Estado e nem extinguir os serviços públicos, pelo contrário, o objetivo seria ampliá-los e qualificá-los a partir da expansão do setor público não estatal. (NEMI, SCRAIBER, 2019).

⁷Na América Latina, as diretrizes para a remodelação da política econômica e do Estado são lançadas no Consenso de Washington, em 1989, alinhadas à adoção de políticas neoliberais adotadas incisivamente em reformas previdenciária e econômica no Chile e na Argentina naquele período. (BARUCO, 2005).

Entre as questões controvertidas atribuídas a esse plano está justamente uma *tensão entre o projeto neoliberal e o projeto participativo*, por agregar tanto uma concepção de administração que não se coaduna com a visão do Estado mínimo, quanto outra que tampouco escapa da influência do projeto neoliberal (AVELINO, FONSECA, POMPEU, 2020). O que se expressa, dentre outros aspectos, na sua defesa da expansão de um setor privado designado de um setor público não estatal, por ser de interesse público e sem fins lucrativos.

Tal expansão de fato ocorreu posteriormente, com a criação gradual de diversas modalidades de organizações sociais posteriormente tipificadas e juridicamente regulamentadas, como: as Organizações Sociais (OS) (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999); e Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014). Houve, portanto, inspiração no PDRAE para a viabilização da cooperação pública a iniciativas particulares que satisfaçam demandas sociais, sem qualquer renúncia estatal ao dever de prestar serviços públicos, atreladas à presumida vantagem de maior autonomia, flexibilidade, eficiência e resultados na prestação de tais serviços. (TOURINHO, 2017).

Outra crítica pertinente ao PDRAE é sua proposta de combinação de duas lógicas distintas, a de cidadão e a de cliente através da concepção de “cidadão-cliente, pois a administração pública gerencial vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços”. (BRASIL, 1995, p. 17). Segundo AVELINO *et al.* (2020, p.398-399), não cabe a combinação dessas duas noções completamente distintas, pois a cidadania é inclusiva, remete aos direitos civis, políticos e sociais de todos os indivíduos de determinado território, que devem ser garantidos pelo Estado. O cidadão tem um papel de decisão e participação social e política, enquanto a noção de cliente é não inclusiva e remete a relações de mercado, dependentes do nível de renda do indivíduo, limitando o papel do cliente ao consumo de um produto.

Modificações legais importantes daquele período limitaram a expansão de serviços públicos de administração direta, como a Lei Complementar

nº 101, de 4 de maio de 2000, que regulamenta o equilíbrio do orçamento público e estabelece o teto de despesas com servidores públicos, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal⁸ (BRASIL, 2000). Esta lei estabelece um teto de despesas no pagamento de servidores públicos (até no máximo de 54% no caso do orçamento municipal) e sua interpretação depende de cada um dos mais de trinta (30) Tribunais de Contas estaduais e municipais, não havendo uma jurisprudência única estabelecida na forma de operacionalizar a mesma e suas normas associadas. (NUNES *et al.*, 2019, p.2).

As limitações de teto impostas por essa lei abriram indiretamente caminho, para as contratualizações de Organizações da Sociedade Civil na provisão de serviços públicos, pois os repasses financeiros públicos e estatais efetuados para essas entidades podem ser utilizados para o pagamento de trabalhadores, sem serem classificados como extrapolação do teto de gastos com servidores. Mantiveram-se, portanto, gastos acima dos previstos em lei, com o artifício das contratualizações. Caberia, portanto, questionar e modificar os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal ao invés de buscar estratégias para burlá-la. As contratualizações demonstram que os orçamentos públicos têm lastro nos quais caberiam limites maiores do que o teto legalmente estabelecido para despesas com trabalhadores da administração direta. Infere-se, então, que uma das principais consequências dessa lei foi justamente o estímulo à expansão do setor público não estatal na prestação de serviços anteriormente sob a égide do Direito Público.

Para Miranda (2017), essa tendência de transmutação de serviços públicos de uma égide do Direito Público para uma égide do Direito Privado ampara o discurso ideológico de empresariamento do Estado e tem implicações profundas no SUS. Segundo Tourinho (2017), as justificativas relacionadas a uma maior eficiência e qualidade na prestação de serviços por parte de

⁸Essa lei estabelece um teto de despesas no pagamento de servidores públicos (até no máximo de 54% no caso do orçamento municipal). NUNES *et al.*, (2019, p.2) afirmam que ela não tem uma jurisprudência única estabelecida, pois, os mais de 30 *Tribunais de Contas estaduais e municipais no Brasil tem resoluções e entendimentos específicos sobre a forma de operacionalizar a LRF e as normas associadas (...)*.

organizações sociais situadas sob a égide do Direito Privado não se sustentam ante a análise fática desse processo.

Em 2002, Carneiro fez um estudo sobre a adesão governamental a pressupostos de uma reforma administrativa gerencial do Estado que ainda é atual ao demonstrar as diversas fragilidades em um país como o Brasil, caracterizado por uma forte relação autoritária nas relações entre Estado e sociedade; uma baixa responsabilidade social dos setores produtivos do mercado; um Terceiro Setor muito heterogêneo e frágil e uma tradição na área de assistência à saúde de instituições beneficentes e filantrópicas historicamente dependentes dos incentivos do Estado. Para esse mesmo autor, é temerário limitar o Estado ao seu papel de regulação “reservando a agentes lucrativos e não lucrativos” a provisão de serviços de saúde mediante a livre concorrência. (CARNEIRO, 2002).

E, justamente, no caso da transferência de prestação de serviços do SUS para entidades privadas, o que tem se observado é grande rotatividade de trabalhadores pela precarização na organização dos processos e relações de trabalho, o que gera fragilização dos vínculos com a população atendida; práticas de saúde embasadas no modelo médico hegemônico (MENÉNDEZ, 1988) em detrimento de modelos assistenciais que incorporem ações coletivas e territoriais embasadas na proteção e promoção da saúde. A transformação de saúde em mercadoria não coaduna com os direitos humanos e de justiça social nos quais a saúde é um bem individual e coletivo maior que deve ser acessível a toda a população, o que está garantido na Constituição Federal.

O marco legal das contratualizações - a Lei federal nº 13.019/2014

A legislação específica que regulamenta o regime jurídico no que concerne às parcerias entre a Administração Pública e as Organizações da Sociedade civil (OSC) é a Lei 13.019, de 31 de julho de 2014, substituída antes de sua entrada em vigor pela Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Esta lei, denominada de Marco Regulatório para as Organizações da Sociedade Civil

(MROSC), padroniza a relação entre a Administração Pública e as OSC estabelecendo um regime de mútua cooperação para a consecução de finalidades que pretendem ser de interesse público e recíproco.

Segundo essa lei, a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos deve constar em planos de trabalho inseridos nos três (3) tipos de contratos legalmente definidos, que passam a ser designados de parcerias, sendo eles: 1) Termo de Colaboração; 2) Termo de Fomento; e 3) Acordo de Cooperação. O Termo de Colaboração (TC) envolve repasse financeiro estatal e é o utilizado no caso das OSC deste estudo, envolvendo a execução de políticas públicas e a administração de serviços do SUS, com a prestação de contas devendo ser aprovada ao término da parceria. O Termo de Fomento (TF) também envolve repasse financeiro, geralmente de menor valor, para estimular projetos-piloto e experiências inovadoras. As emendas parlamentares, que envolvem repasse de recursos financeiros estatais para OSC, estão neste tipo de termo. Já o Acordo de Cooperação (AC) não envolve repasse financeiro estatal.

Há cláusulas específicas exigidas na elaboração de cada um desses tipos de termos e acordos. No caso dos termos de cooperação, algumas delas são: objeto; condições gerais; definição de recursos financeiros e dotação orçamentária; métodos de pagamento; encargos comuns e encargos específicos da OSC e da Administração Pública; e instrumentos e controle do termo, dentre outros.

Ainda segundo a lei, a definição de Organização da Sociedade Civil inclui: 1) entidade privada sem fins lucrativos; 2) cooperativas sociais; e 3) organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos.

O processo de elaboração dessa lei levou 4 anos e ocorreu envolvendo diversos atores dos poderes Executivo e Legislativo, bem como representantes das OSC. O envolvimento das OSC foi considerado um modelo inovador de participação junto ao Legislativo. Após sua publicação em 2014, o MROSC

inspirou centenas de legislações federais, estaduais e municipais, como o Decreto nº 19.775, de 27 de junho de 2017, de Porto Alegre, que regulamentou a Lei federal nº 13.019/2014 em âmbito municipal. (BRASIL, 2015).

Apesar da existência de leis anteriores tratando das Organizações Sociais (Lei nº 9.637/1998) e das Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (Lei nº 9.790/1999, a nova legislação preencheu uma lacuna no ordenamento jurídico brasileiro. Segundo Tourinho (2017, p. 179), faltava uma legislação de aplicação nacional estabelecendo normas gerais voltadas para regulamentar as parcerias estabelecidas entre a Administração Pública e os entes qualificados pertencentes ao Terceiro Setor⁹. Entidades representativas das OSC, como a Plataforma OSC, também referem que essa legislação foi importante para estabelecer regras claras e reduzir a insegurança jurídica vigente na relação com a Administração Pública.

Entretanto, Tourinho (2017) também questiona diferenças importantes entre a lei original (Lei nº 13.019/2014) e sua substituta (Lei 13.204/2015), por modificar regras que introduzem a dispensa de chamamento público para atividades voltadas a serviços de educação, saúde e assistência social, desde que executadas por organizações da sociedade civil previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política. A autora lembra que esses três setores são justamente os mais envolvidos nas parcerias firmadas e que a lei não especifica qual seria o sentido conferido ao termo “credenciadas”. Outra modificação questionada é a priorização dos resultados no controle das parcerias, colocando a análise da prestação de contas em segundo plano.

⁹As legislações que antecederam o MROSC não contavam, por exemplo, com prestação de contas, analisadas a partir da apresentação de notas fiscais e demonstrativos de comprovação da utilização do recurso público repassado para a execução do objeto constante do Plano de Trabalho. O controle no Contrato de Gestão de OSCIP é realizado pela verificação do alcance das metas estipuladas, nos prazos estabelecidos, utilizando-se critérios previamente fixados, o que requer metas claras e uma fiscalização comprometida. (TOURINHO, 2017)

Breve histórico da Rede de Atenção Psicossocial entre 2016 e 2022

A defesa do cuidado em liberdade através de ações e políticas baseadas em serviços territoriais de Saúde Mental caracterizaram a Política Nacional de Saúde Mental desde a década de 1990 até 2015. Avanços nesse processo foram propiciados pela articulação entre um forte movimento social e gestores comprometidos com o processo de Reforma Psiquiátrica, a constituição de marcos legais (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001¹⁰ e a criação e expansão de serviços e redes de atenção estimulados através de normas e linhas de financiamento específicos.

De 2001 a 2010, esse processo se caracterizou, sobretudo, pela grande expansão de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de Serviços Residenciais Terapêuticos e a redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos, dentre outras ações (BRASIL, 2011). Em 2011, a Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que expandiu e integrou diversos componentes e seus respectivos pontos de atenção. Os 7 componentes da RAPS passaram a incluir: 1) Atenção Básica; 2) Atenção Estratégica (CAPS); Atenção de Urgência e Emergência; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar; 6) Estratégias de Desinstitucionalização; 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial. E as diretrizes e objetivos da rede devem se embasar na garantia de direitos e de acesso dos usuários; no combate a estigmas e preconceitos; na atenção humanizada; na diversificação de estratégias de cuidado; e na integração entre diversos os diversos pontos de atenção.

Ao longo de quase duas décadas, esse processo de operacionalização da Política Nacional de Saúde Mental e do SUS ancorou-se em marcos legais como a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que garantiu os direitos dos portadores de transtorno mentais, e em marcos normativos infralegais,

¹⁰Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

sobretudo portarias ministeriais, que possibilitaram avanços e ampliação na garantia de direitos em uma perspectiva de cuidado em liberdade. Entretanto, a operacionalização das políticas nesse modelo normativo infralegal apresenta fragilidades, por possibilitar modificações e desmontes, a depender da vontade política de cada gestão governamental. Por exemplo, CRUZ *et al.* (2020), observam retrocessos importantes na Política Nacional de Saúde Mental a partir das normativas editadas entre 2016 e 2019. Esses retrocessos extrapolam as políticas de saúde mental e têm ocorrido em concomitantemente a refluxos nas lutas por políticas públicas e fragilizações na atuação de diversos movimentos sociais¹¹ (VIEIRA, ROEDEL, 2002). Esses retrocessos mostram que direitos aparentemente consolidados estão sujeitos a riscos, pois as disputas político-ideológicas são contínuas e características dos processos históricos.

No caso da Política Nacional de Saúde Mental, esses retrocessos se caracterizaram por: 1) incentivo à internação psiquiátrica, com a inclusão do Hospital Psiquiátrico na RAPS e ampliação de financiamento para os leitos já existentes nestas instituições; 2) ampliação do financiamento de comunidades terapêuticas¹², entidades fechadas e similares ao modelo asilar¹³, sem articulação com o território fundamentadas em uma abordagem proibicionista e muitas vezes orientadas por matriz religiosa-confessional; e 3) estagnação do ritmo de implantação de serviços de base comunitária. (CRUZ *et al.*, 2020).

A retomada recente de um modelo asilar, predominante no Brasil desde a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no século XIX até o final da década de 1980, deu-se em consonância com novas formas de privatização da saúde. Historicamente, até a década de 1960, a assistência psiquiátrica brasileira caracterizou-se por ser predominantemente pública. Era baseada em

¹¹O refluxo dos combativos movimentos de luta antimanicomial é relativamente recente, pois estes foram se consolidando desde a década de 1980.

¹²Via repasses do Ministério da Justiça.

¹³Segundo COSTA-ROSA (2000), grosso modo o modo de atenção asilar que caracteriza o hospital psiquiátrico está pautado na verticalização das relações de poder e de cuidado, no centramento na figura do médico e na doença.

grandes hospitais colônia até a década de 1940, sendo ampliada em mais de 16 mil leitos públicos com a criação de hospitais estaduais entre 1946 e 1954, com a Reforma Adauto Botelho. Nesse período, 80,7% dos leitos psiquiátricos do país eram públicos, havendo apenas 4 ambulatórios, também públicos. (PAULIN, TURATTO, 2004).

A grande expansão de leitos privados em hospitais psiquiátricos foi posterior, no decorrer da ditadura militar, com a criação de hospitais psiquiátricos privados subvencionados por dinheiro público e conveniados ao Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social (INAMPS). Entre as décadas de 1960 e 1980 houve um crescimento exponencial de leitos privados. Estes passaram a representar 70,6% dos leitos em 1981, enquanto os leitos em hospitais públicos eram de apenas 29,4%. (PAULIN, TURATTO, 2004). Cerqueira (1984) designou esse processo de expansão da assistência psiquiátrica via a criação de novos hospitais e leitos privados de indústria da loucura, cujo aumento maior ocorreu entre os anos 1965 e 1968. A indústria da loucura foi uma das mais lucrativas desse período no campo da saúde, pois as despesas com equipe e medicamentos eram pequenas, a longa permanência dos pacientes era estimulada pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de Longa Permanência (107 dias, podendo ter continuidade com a emissão de novas AIHs), e os gastos se limitavam a oferecer uma ambiência física extremamente precária.

Considerando a situação entre 2016 e 2022, observou-se na RAPS uma espécie de reedição da indústria da loucura, via o empresariamento do SUS, através de dois movimentos imbricados, envolvendo grandes lobbies de interesses. O primeiro envolveu a retomada e valorização dos hospitais psiquiátricos através: 1) da inserção do hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS; 2) da flexibilização dos critérios de avaliação anteriormente estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (que tinha contribuído para o fechamento e redução de leitos em hospitais psiquiátricos); 3) do aumento de repasse financeiro a leitos em

hospitais psiquiátricos; e 4) da tentativa de criar novos leitos em hospitais psiquiátricos, o que foi impedido pela Lei 10.2016/2001¹⁴. O segundo movimento foi o da grande expansão comunidades terapêuticas, tanto em número de vagas quanto de entidades contratualizadas, tornando altamente lucrativo o tratamento de pessoas com problemas decorrentes dos seus modos de uso de álcool e outras drogas¹⁵. Neste último caso, pode-se fazer um paralelo entre a *indústria da loucura* e uma espécie de indústria da abstinência.

Em Porto Alegre, o marco simbólico do retrocesso na RAPS ocorreu em 2018, com a assinatura de um termo de cooperação entre Hospital Psiquiátrico São Pedro e a SMS, com a inclusão e valorização de leitos em hospitais psiquiátricos, possibilitados através da Portaria MS 3588/2017. Caracterizado como convênio, por ser um contrato entre entes estatais, a SMS utilizou-se dessa legislação para, pela primeira vez, estabelecer cotas de leitos do município junto a esse Hospital à revelia de deliberações das Conferências de Saúde e de Saúde Mental e dos posicionamentos e pareceres do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) que analisaram tal convênio.

Metodologia do estudo

Este estudo utilizou fontes documentais obtidas no Sistema de Gestão de Parcerias da Prefeitura Municipal (termos de colaboração, aditivos, editais, plano de trabalho, demonstrativos de desembolso, repasses); no Diário Oficial de Porto Alegre (DOPA); em sites oficiais (SMS, prefeitura e OSC); em sistemas de acesso do Conselho Municipal de Saúde (CMS); no site Mapa das OSC

¹⁴O que, inclusive, tentou ser burlado na versão inicial da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº no 32, de 18 de dezembro de 2017, que foi referendada pela Portaria no 3588, de 21 de dezembro de 2017.

¹⁵Em 2018 havia, por exemplo, 2,9 mil vagas financiadas por repasses federais. Esse número subiu para 11 mil em 2019, e para 20 mil em 2020. Em termos de repasses financeiros, em 2020 atingiram-se cerca de R\$300 milhões em contratos com essas instituições, o que representou quase o dobro do ano anterior e o dobro do orçamento repassado em 2020 para os CAPS (R\$158 milhões) pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020).

do IPEA; e no Sistema de Informações CEBAS do Ministério da Saúde (SISCEBAS). Esses documentos foram lidos e classificados, organizando-se uma planilha para cada OSC composta pelas seguintes categorias: Organização da Sociedade Civil; componentes e pontos de atenção vinculados à mesma; Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE); existência de chamamento público; existência e tipo de participação social constante nos termos de colaboração; certificação CEBAS-Saúde; Transparência - informações sobre os termos de colaboração nos sites da OSC, informações sobre repasses nos termos de colaboração; membros da Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA); Indicadores quantitativos e qualitativos, Repasses e fins de Bens Remanescentes constantes nos termos de colaboração.

As planilhas constituíram um banco de dados que possibilitou a criação de uma matriz analítica para o cruzamento de informações obtidas nos diversos documentos. Foi utilizado o programa EXCEL 2016 para a elaboração das planilhas. Como todos os dados foram obtidos em fontes secundárias e públicas, não houve necessidade de obter autorização de Comitê de Ética em Pesquisa.

As Organizações da Sociedade Civil da RAPS de Porto Alegre em 2022

Este estudo identificou dez (10) Organizações da Sociedade Civil que realizavam atividades em 135 pontos de atenção de seis (6) dos sete (7) componentes da RAPS de Porto Alegre. As entidades com termos de colaboração firmados, são nove (9) das dez (10) identificadas, pois uma delas, o Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA) presta apenas assistência hospitalar, tendo um tipo de contratualização distinta, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.410/2013, não sendo, portanto, termo de colaboração.

As demais entidades são: Associação Educadora São Carlos (AESC); Associação Hospitalar Vila Nova (Vila Nova); Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano (IBSAÚDE);

Instituto Renascer (Renascer); Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Santa Casa); Programa de Auxílio Comunidade Terapêutica de Porto Alegre (PACTO/POA); Pia União das Irmãs da Copiosa Redenção - Comunidade Terapêutica Marta e Maria da (CT Marta e Maria); Sociedade Sulina Divina Providência (Divina Providência); União Brasileira de Educação e Assistência, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (UBEA).

Destaca-se que no componente de Atenção Hospitalar, além do Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA), também se encontram a Associação Hospitalar Vila Nova e a UBEA, que também têm as internações regulamentadas pela Portaria nº 3.410/2013. Mas essas duas últimas entidades também têm serviços em outros componentes da RAPS contratualizados via termos de colaboração. Embora os contratos das OSC que prestam assistência hospitalar não tenham sido analisados, informações sobre número de leitos foram obtidas junto ao Conselho Municipal de Saúde para o componente de Atenção Hospitalar.

A distribuição das Organizações da Sociedade Civil e os componentes e pontos de atenção da RAPS

O **quadro 1** sintetiza análise sobre os tipos de vínculo vigentes na RAPS de Porto Alegre, destacando-se proporcionalmente a predominância de serviços contratualizados com OSC, pois de um total de 187 pontos de atenção identificados, 135 (72,2%) são contratualizados, 30 (16,0%) são próprios e 22 (11,8%) são conveniados (entre entes públicos), tendo a seguinte distribuição:

Quadro 1 – Distribuição dos pontos de atenção da RAPS de Porto Alegre segundo o tipo de vínculo e percentual de contratualizações com OSC. Porto Alegre, junho de 2022.

Componente	Pontos de Atenção	Próprio	Convênio¹ (n)	Parceria² (n e %)	Total
Atenção Básica de Saúde (ABS)	US*	5	13	114 (86,4%)	132
	Unidade Móvel	0	0	1 (100%)	1
	CnR*	0	1	3 (75,0%)	4
Atenção Estratégica (AE)	CAPS	4	5	6 (40,0%)	15
	ESMA*	9	0	0	9
	ESCA*	8	0	0	8
Urgência e Emergência (UE)	PASM*	1	0	1 (50,0%)	2
Atenção Residencial Transitória (ART)	CT*	0	0	2 (100%)	2
Atenção Hospitalar (AH)	HG*	1	2	2 (40,0%)	5
	HP*	0	1	1 (50,0%)	2
Desinstitucionalização	SRT*	1	5	4 (80,0%)	5
Reabilitação Psicossocial	GeraPOA	1	0	0	1
Total		30 (16,1%)	22 (11,8%)	134 (72,04%)	186

Fonte: Pesquisa. ¹Convênio: contrato entre entes públicos. ²Parceria: contratualização entre ente público e OSC. *US: Unidade de Saúde; CnR; Consultório na Rua; ESMA: Equipe de Saúde Mental Adulto; EESCA: Equipe Especializada de Saúde da Criança e Adolescente; PASM: Pronto Atendimento em Saúde Mental; CT: Comunidade Terapêutica; HG: Hospital Geral; HP: Hospital Psiquiátrico; SRT: Serviço Residencial Terapêutico.

O quadro acima também mostra que o percentual de contratualizações predomina na Atenção Residencial Transitória - Comunidades Terapêuticas (100,0%). A Atenção Básica é o segundo componente com mais contratualizações, sendo do o percentual de 73,3% ao considerar-se todos os tipos de pontos de atenção (Unidades de Saúde (86,4%), Unidade Móvel (100,0%) e Consultórios na Rua (75,0%). O componente de Estratégias de Desinstitucionalização é o terceiro, com 80% dos SRT contratualizados. Destaca-se que no decorrer deste estudo o percentual total de contratualizações da RAPS foi se modificando, passando de 62,8% para 72,2% em um mês, pela transferência de unidades de saúde próprias para entidades privadas.

Isso acarretou modificações drásticas na Atenção Básica, afetando a composição das equipes com a transferência abrupta de servidores estatutários e alterações do vínculo dos usuários com os trabalhadores dos serviços de saúde, gerando descontinuidade e perda da qualidade assistencial, na medida em que sequer foi garantida uma transição para qualificação dos novos trabalhadores contratados pelas OSC por parte dos servidores transferidos. Nas equipes de atenção básica restaram apenas os agentes comunitários de saúde como elo entre as comunidades e os serviços.

O **quadro 2** apresenta mais detalhadamente as Organizações da Sociedade Civil contratualizadas na RAPS de Porto Alegre:

Quadro 2 – Organizações da Sociedade Civil na RAPS de Porto Alegre, segundo seus componentes, pontos de atenção, leitos e vagas. Porto Alegre, junho de 2022.

OSC	ABS	CAPS (AE)	UE	AH	CT*	SRT*
Sociedade Sulina Divina Providência	38 US	-	-			
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	47 US 2 CnR 1 UM	-	-	-	-	-

OSC	ABS	CAPS (AE)	UE	AH	CT*	SRT*
Associação Hospitalar Vila Nova	28 US 1 CnR	-	1 PASM	30 leitos (HG8)	-	-
União Brasileira de Educação e Assistência	1 US					
Associação Educacional São Carlos	-	4	-	60 leitos (HG)	-	-
Instituto Brasileiro Saúde Ensino, Pesquisa e Extensão para o desenvolvimento Humano	-	2	-	-	-	-
Programa de Auxílio Comunitário Terapêutico de Porto Alegre	-	-	-	-	1 (64 vagas)	-
Piá União das Irmãs da Copiosa Redenção	-	-	-	-	1 (16 vagas)	-
Instituto Renascer	-	-	-	-	-	4 (40 vagas)
Hospital Espírita de PA	-	-	-	159 leitos	-	-

Fonte: Pesquisa.

*UE-Urgência e Emergência; AH- Atenção Hospitalar; SRT- Serviço Residencial Terapêutico; HG-Hospital geral; HP- Hospital Psiquiátrico; CT-Comunidade Terapêutica.

Das dez OSC contratualizadas, oito concentram-se em algum dos componentes da RAPS; AESC atua em dois componentes; e Associação Hospitalar Vila Nova atua em três componentes.

Em relação à Atenção Básica de Saúde (ABS), o processo de contratualização iniciou-se ao final de 2019, com o fechamento do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Desde então, houve 2 períodos de contratualizações: o primeiro foi de 30/12/2019 a 31/08/2020 (8 meses), logo após o encerramento de atividades do IMESF e incluiu nesse período a Fundação Universitária de Cardiologia. O segundo foi de 01/09/2020 a 31/08/2022 (24 meses), com as quatro OSC apresentadas no quadro acima¹⁶.

Em relação ao componente de ABS, Porto Alegre não conta com Centro de Convivência e Cultura e extinguiu seus Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme mudanças da Política Nacional de Atenção Básica através da Nota Técnica nº 3, de 27 de janeiro de 2020, da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS)¹⁷. Em relação à Assistência Residencial Transitória, o município tampouco conta com Unidades de Acolhimento.

Outra questão a ser destacada nas contratualizações efetuadas na ABS é que todas as OSC estão vinculadas a grandes hospitais, cuja Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) corresponde a Atividades de Atendimento Hospitalar. Essas instituições não têm tradição no campo da ABS, embora legalmente a experiência prévia em projetos similares seja um critério para considerar a habilitação de uma OSC para contratualização com o poder público. Consta-se, também, que três desses grandes hospitais têm dupla porta, com atendimento privado ou de saúde suplementar além do SUS e apesar de estarem vinculados a entidades privadas sem fins lucrativos, funcionam sob um modelo de gestão empresarial da saúde, reforçando tendências de adoção de uma lógica privada na administração de serviços do SUS.

¹⁶Em 2023 houve um novo edital de chamamento público para as Unidades de Atenção Básica, com alterações nos territórios e unidades administradas pelas OSC, com a redivisão em quatro coordenadorias com uma entidade responsável e a inclusão da OSC IBSaúde, além das entidades já descritas anteriormente na Atenção Básica.

¹⁷O secretário da SAPS nesse período tinha sido anteriormente secretário municipal de saúde de Porto Alegre, justificando-se o alinhamento da política municipal de saúde às reformulações federais.

Quanto ao componente de Atenção Estratégica, 6 dos 15 CAPS são contratualizados com OSC, o que representa 40,0% desses estabelecimentos. As entidades envolvidas são a AESC e o IBSAÚDE, cujos cadastros no CNAE também são de Atividades de Atendimento Hospitalar. O processo de contratualização dos CAPS iniciou-se em 2009, com a AESC. Na época, o município tinha um total de dez CAPS de diferentes modalidades. Em 2019 chegou-se a 15 CAPS, deste total 08 são CAPS AD II, III ou IV. A expansão das contratualizações deu-se tanto com a criação de novos CAPS AD III como com a transformação de CAPS AD II próprio em contratualizado.

A AESC tem 4 CAPS AD: 3 CAPS AD III e 1 CAPS AD IV. O IBSAÚDE tem 2 CAPS AD III. E há somente um CAPS AD II, próprio. A maior expansão de CAPS AD III e IV deu-se em 2019, decorrente de repasses de 2015 de incentivos do Programa Nacional “Crack é possível vencer”, que não haviam sido executados. A expansão de CAPS do tipo AD também se deu em 2019 a partir do Plano de Superação da Situação de Rua, que incluía o projeto Mais Dignidade.

Desde 2012 não houve expansão de outras modalidades de CAPS em Porto Alegre, que conta com três CAPS i (um próprio e dois conveniados), 4 CAPS II (dois próprios e dois conveniados) e um CAPS AD próprio. Em 2018 houve editais de chamamento para a criação de CAPSi III sem a apresentação de entidades interessadas.

O componente de Atenção de Urgência e Emergência da RAPS tem 2 Pronto Atendimentos em Saúde Mental (PASM). O mais antigo, criado no ano 2000, é próprio, mas com indicativo da gestão de possível repasse para contratualização. O outro foi criado em 2009, já contratualizado com a AESC que permaneceu até 2019. Esta entidade não quis renovar o contrato e o PASM foi repassado para a Associação Hospitalar Vila Nova a partir de um Edital de Credenciamento (01/2019), sem processo de chamamento público. Destacase que a Associação Hospitalar Vila Nova é a única OSC que atua em 3 componentes da RAPS: a ABS, a Atenção de Urgência e Emergência e a Atenção Hospitalar.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório em Porto Alegre é totalmente contratualizada, através do contrato com 2 Comunidades Terapêuticas que somam 80 vagas. A PACTO/POA têm 64 vagas masculinas, 12 delas para adolescentes de 12 a 17 anos, criadas em 2019 e 52 vagas para homens de 18 a 59 anos. A CT Marta e Maria tem 16 vagas femininas, 4 delas são para mães e nutrizes e 2 para gestantes. O cadastro de ambas no CNAE é de Atividades de Assistência Psicossocial e à Saúde a Portadores de Distúrbios Psíquicos, Deficiência Mental e Dependência Química.

Na Atenção Hospitalar, Porto Alegre tem 379 leitos, distribuídos em 8 hospitais, dos quais 6 são hospitais gerais e 2 são hospitais psiquiátricos, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 3 – Distribuição de leitos em saúde mental e álcool e drogas segundo o tipo de hospital e vínculo. Porto Alegre, junho de 2022.

Tipo de hospital	Hospital geral	Hospital psiquiátrico	Total (%)
Próprio	24	-	24 (6,5%)
Convênio	48	48	96 (26,01%)
Contratualização	90	159	249 (67,4%)
Total	162 (43,9%)	207 (56,09%)	369 (100%)

Em 2005 Porto Alegre apresentava 546 leitos, tendo reduzido gradativamente os mesmos em um padrão oscilante, com alguns aumentos e quedas entre 2009 e 2022 (SMS, 2016). O ano de 2016 foi o que teve o menor número de leitos (334). Posteriormente estes foram aumentados, com a tentativa de contratualização da Clínica São José, denunciada pelo CMS ao Ministério Público, que foi descredenciada. A SMS utilizou como justificativa esse processo para efetivar pela primeira vez um convênio com o Hospital Psiquiátrico

São Pedro. Ambos os processos com a Clínica São José e com o Hospital Psiquiátrico São Pedro foram exaustivamente denunciados e o do HPSP encaminhados para o MPE/PJDH, questionando a legalidade desse contrato que descumpra a Lei nº10.2016/2001.

Pelo quadro acima observa-se uma predominância nos leitos contratualizados (68,4%). Os 100 leitos contratualizados em Hospital Geral estão distribuídos da seguinte forma: 30 leitos no Hospital Vila Nova; e 60 leitos no Hospital Santa Ana, da AESC. Dos 207 leitos existentes em Hospital Psiquiátrico, 159 (76,8%) são contratualizados no Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA e o restante é conveniado com o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Observa-se, também, que ainda há um percentual maior de leitos em Hospital Psiquiátrico (54,6%) em relação a Hospital Geral (45,4%). Com o convênio da SMS com UBEA que se constitui na migração dos leitos anteriormente contratados via Hospital São Lucas para o HMIPV, os 10 leitos de saúde mental não foram incluídos. Portanto apesar desses leitos aparecerem na base do sistema de informações utilizado, demonstram que tais informações não são fidedignas, sendo que os leitos do HMIPV permaneceram os mesmos após o convênio, não sendo incorporados os 10 leitos existentes no contrato anterior com o Hospital São Lucas. O mesmo problema foi identificado com as informações referentes ao contrato com Clínica São José, que constam no sistema, mas que de fato não corresponde à realidade, sendo que não houve a execução do contrato.

Em relação às Estratégias de Desinstitucionalização, Porto Alegre possui 5 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o mais antigo, criado em 1990, é próprio e tem 12 vagas. Os demais foram criados em 2019, em contratualização com o Instituto Renascer. Cada um deles tem 10 vagas, somando um total de 40 vagas. O cadastro CNAE do Instituto Renascer é de Atividades de Associações de Defesa de Direitos Sociais.

A expansão do componente de Desinstitucionalização, através da criação de Serviços Residenciais Terapêuticos contratualizados, se deu a partir de recomendação via expediente da Procuradoria de Direitos Humanos do Ministério Público Estadual sobre a insuficiência de vagas para garantir

a transferência das pessoas com transtorno mental, a partir de levantamento realizado sobre as necessidades reprimidas de vagas para residenciais a partir de situações irregulares em clínicas privadas e usuários egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro residentes em Porto Alegre.

O componente de Estratégias de Reabilitação Psicossocial conta com um único ponto de atenção exclusivamente próprio, que é a Oficina de Geração de Trabalho e Renda GeraPOA, criada em 1996, que é referência para toda a cidade.

1. Chamamento Público

Chamamento público é o procedimento que visa à isonomia, legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório e julgamento objetivo. Está previsto para termos de cooperação e de fomento, com exceção das emendas parlamentares, o que é questionado por TOURINHO (2017), que considera que estas deveriam ser incluídas neste critério.

Entre os casos em que a lei dispensa chamamento público encontram-se: urgência; guerra, calamidade pública, grave perturbação da ordem pública ou ameaça à paz social; programa de proteção a pessoas ameaçadas; e *atividades vinculadas a serviços de educação, saúde e assistência social, desde que executadas por OSC previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política* (grifo nosso). Este último caso e sua falta de definição legal dos critérios de credenciamento são questionados por TOURINHO (2017).

Todas as OSC envolvidas nos componentes de ABS foram dispensadas de chamamento público nos 2 períodos de contratualização já realizados. Também foram feitos vários termos aditivos com incremento no número de equipes e alterações que descaracterizaram o objeto dos termos, o que levou o Conselho a encaminhar a situação para investigação em órgãos de controle externo, contando com procedimento especial acolhido pelo Ministério Público de Contas para o Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul.

A dispensa de chamamento público também foi utilizada para efetuar o termo de colaboração do PASM IAPI, da Associação Hospitalar Vila Nova, do componente de Atenção de Urgência e Emergência, através do Edital de Credenciamento nº 01/2019 para efetivar essas contratualizações. Esse edital estabelece como condições de participação no credenciamento os seguintes critérios: atuar na área da saúde, especificamente com experiência de atuação em atendimento clínico; possuir objetivos voltados à promoção de atividades e finalidades de relevância pública e social na área da saúde; possuir Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) emitido pelo Ministério da Saúde; e estar regularmente constituída e em efetivo exercício por, no mínimo, 10 (dez) anos de existência, com Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ativo.

Embora a falta de chamamento público esteja prevista na legislação, ela expressa fragilidades, o que levou ao questionamento pelo Conselho Municipal de Saúde através de parecer, dada a complexidade do serviço, que é retarda para atendimento à crise, abrangendo território com de cerca de 700 mil pessoas e a entidade não possuir nenhuma experiência de emergência em Saúde Mental.

Para Tourinho (2017, p. 189) “existindo mais de uma entidade credenciada perante a Administração Pública, impõe-se a fixação de critérios transparentes e objetivos para a escolha”. Nesse sentido os critérios observados nos editais de credenciamento realizados, indicam irregularidade por ferir princípios da administração pública, conforme apontado nos pareceres da Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde sobre eles.

A contratualização dos 6 CAPS – 5 ADIII e 1 AD IV – com a AESC e o IBSAUDE teve Edital de Chamamento Público (nº 02/2018), assim como a contratualização das 2 comunidades terapêuticas (PACTO/POA, CT Marta e Maria) (Edital de Chamamento Público nº 04/2018) e os 4 Serviços Residenciais Terapêuticos com o Instituto Renascer (Edital de Chamamento Público nº 04/2018). Todos esses editais foram lançados no ano de 2018, com expansão de 10 pontos de atenção da RAPS desde 2019.

A gestão do período que inclusive regulamentou através de decreto municipal a Lei Federal das OSC, demonstra projeto explícito de ampliação dos repasses de recursos públicos para a iniciativa privada, na medida em que esse foi o período de mais ampliação desses termos de cooperação. Tal posição vai na contramão das deliberações das conferências de Saúde e de saúde Mental e dos posicionamentos do CMS/POA, contrários ao processo de contratualização das redes de saúde, por entender que seu caráter estratégico só pode ser efetivado sob a gestão direta e sob a égide do direito público.

2. Participação social

O fortalecimento da participação social consta na Seção IV da Lei 13.204/2015, sendo concebido com a sugestão de criação de um Conselho Nacional de Fomento e Colaboração paritário entre representantes do governo federal e das OSC, que também poderá ser criado pelos demais entes federados. Este conselho consultará os conselhos setoriais de políticas públicas e a administração pública quanto às políticas e ações voltadas ao fortalecimento das relações de fomento e de colaboração propostas por ele. A participação social institucionalizada no SUS, através de conselhos de saúde como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, como instância máxima de deliberação nas diferentes esferas de governo, também está garantida legalmente na Lei ^o 8.142/1990 e reafirmada na Lei n^o 141/2012.

A participação social aparece em todos os termos de colaboração analisados de duas maneiras: 1) na garantia de acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados, no exercício de seu poder de fiscalização, ressalvadas as situações que puderem redundar em exposição dos usuários dos serviços a situações degradantes, constrangedoras, ou de quebra do sigilo assistencial não consentido; 2) na composição das Comissões de Monitoramento e Avaliação (CMA), que devem contar com representante titular e suplente do Conselho Municipal de Saúde.

Em relação à participação do Conselho Municipal de Saúde nas Comissões de Monitoramento e Avaliação, o colegiado decidiu que caso houvesse a reprovação dos contratos pelo plenário do CMS, a partir dos pareceres técnicos sobre as contratualizações, não haveria indicação de representação do colegiado nessas comissões, por coerência ético-política.

Nesses casos seguiria havendo acompanhamento e análise desses contratos pela Secretaria Técnica do CMS, entendendo que a não participação nesses espaços não prescinde das atribuições legais do controle social, que devem ser realizadas a qualquer tempo, cabendo a esse órgão, pelo princípio da autonomia, a escolha de como executar tais atribuições fiscalizatórias nas atividades assistenciais e sobre os aspectos econômico-financeiros, conforme estabelecido pela Lei nº141/2012.

Nos termos de colaboração dos CAPS e das Comunidades Terapêuticas a participação social também está contemplada nos instrumentos próprios de avaliação e monitoramento da execução do objeto. Nos CAPS a participação consta nas metas qualitativas avaliadas quadrimestralmente a partir de entrevistas com usuários, familiares, profissionais e representantes do Conselho Local de Saúde, averiguando se há reuniões de equipe, assembleia, participação em fóruns da RAPS e representação do CAPS em instâncias de controle social (conselhos locais, distritais ou municipal). Nas Comunidades Terapêuticas os instrumentos de avaliação utilizados verificam a ocorrência de assembleias semanais, reuniões de equipe e participação em fóruns Álcool-Drogas (AD).

A ausência de outros critérios de participação social observada nos termos de colaboração da ABS, do PASM e dos SRT é relevante, ainda mais ao considerar que muitos dos serviços contratualizados não contam com conselhos locais de saúde, fragilizando o controle social do SUS e delegando o controle público das ações dos serviços contratualizados para instâncias afastadas dos usuários dos serviços.

3. Certificação CEBAS-Saúde

A certificação CEBAS-Saúde, exigida no edital de credenciamento das OSC do componente de ABS concede imunidade tributária na contribuição previdenciária patronal; no COFINS; no PIS; no Imposto de Importação (segundo interpretação da Receita Federal); no parcelamento de dívidas de tributos federais; além de prioridade na celebração de termos com o Poder Público. Também permite subvenções da União para a compra e reforma de equipamentos, além de taxas de isenção e imunidade nas contas de água, luz, IPTU e IPVA em alguns estados e municípios, dentre outros usufrutos¹⁸.

Dentre as OSC com essa certificação, estão: AESC; HEPA; IB SAÚDE; Santa Casa e PACTO. A Sociedade Sulina Divina Providência teve indeferida a renovação do CEBAS-Saúde em 2021, por diligências. Não foi encontrada a certificação CEBAS-Saúde do Instituto Renascer, da Pia União da Copiosa Redenção (Comunidade Terapêutica Marta e Maria) e da UBEA.

Além dos benefícios do CEBAS, a Lei nº 13.204/2015 também permite que, independentemente da certificação, a OSC receba doações de empresas, até o limite de 2% (dois por cento) de sua receita bruta e móveis considerados irrecuperáveis, apreendidos, abandonados ou disponíveis, administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (Art. 84-B, Lei 13.204/2015). Além disso, as OSC também podem ter outras certificações como entidades beneficentes, além de poder receber repasses financeiros de emendas parlamentares através de termos de fomento. Todas as OSC citadas acima recebem verbas a partir de emendas parlamentares de representantes do legislativo de diversas esferas do governo, principalmente municipal e federal. Estas emendas não estão sujeitas a governo, principalmente municipal

¹⁸Segundo BRAZ (2019), entre os 8 critérios para obtenção do CEBAS-Saúde, o principal é comprovar que 60% do atendimento da instituição é SUS. Mas instituições com um percentual menor podem requisitar o certificado se: oferecerem um percentual de atendimento gratuito embolsado pela instituição; atuarem exclusivamente com promoção da saúde; tiverem reconhecida excelência em Programa de Atendimento a Dependentes (PROAD) e comunidades terapêuticas; forem entidades de norma coletiva de trabalho, que aplicam o percentual sobre as isenções usufruídas em 20% da gratuidade.

e federal. Estas emendas não estão sujeitas a edital de chamamento público, o que é questionado por Tourinho (2017, p. 187), por permitir que os autores delas “continuem a indicar os entes que pretendem ter como gestores dos recursos repassados, prestigiando interesses pessoais em prejuízo à concretização de direitos fundamentais”.

4. Transparência

Em relação à transparência, a Lei nº 13.204/2015 prevê que a administração pública deverá manter em seu sítio oficial na internet a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até 180 dias após o respectivo encerramento (BRASIL, 2015). No caso de Porto Alegre, o Decreto nº 20.239, de 26 de abril de 2019 instituiu o Sistema de Gestão de Parcerias (SGP), uma plataforma eletrônica de informações públicas sobre parcerias firmadas entre a Administração Pública Direta e Indireta do Município de Porto Alegre e as OSC. Em geral, é possível encontrar os termos de colaboração, termos de fomento, aditi-vos, planos de trabalho, demonstrativos de desembolsos e repasses no SGP, embora por vezes com erros e ausências.

Ainda, segundo a Lei nº 13.204/2015 a OSC também deve divulgar na *internet* e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações todas as parcerias celebradas com a administração pública. Cabe assinalar aqui uma modificação ocorrida da Lei nº 13.019/2014 para a Lei nº 13.204/2015, pois na primeira havia referência à publicização das parcerias pela OSC em seu site na internet. Observa-se, portanto, que essa modificação deixou vaga a informação de onde a OSC deve tornar públicas as informações sobre as parcerias, reduzindo a transparência desse processo.

Na busca realizada neste estudo nos sites das entidades, observamos que apenas três delas disponibilizam os termos das parcerias firmadas. Dessas, IB-Saúde e Sociedade Sulina Divina Providência disponibilizam os próprios termos, enquanto a AESC menciona o mesmo com informações sobre seu número e ano. Essas três (3) entidades também colocam informações

específicas para cada uma das unidades de saúde contratualizadas. No caso das demais entidades, não foram encontradas informações detalhadas sobre as parcerias realizadas e os serviços que administram, havendo apenas menções ao número de unidades administradas na Irmandade Santa Casa de Misericórdia ou vagas contratualizadas (PACTO/POA). Não foram encontradas informações nos sites da Associação Hospitalar Vila Nova, da UBEA, do Instituto Renascer e da CT Marta Maria e sua mantenedora (Pia União das Irmãs da Copiosa Redenção). No caso destas duas últimas entidades houve dificuldades, inclusive, em encontrar o site. Um questionamento pertinente em relação à transparência, é sua concepção limitada vigente na Lei nº 13.204/2015, que não considera a qualidade dos termos de colaboração e nem a publicização de informações dos relatórios elaborados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação. A qualidade e organização das informações dos termos de colaboração e aditivos analisados tem deficiências, pois não foi encontrado em nenhum dos termos o período específico de vigência com as datas de início e fim deles.

Outra questão relativa à garantia da transparência refere-se à forma como os termos de colaboração são atualizados a partir de aditivos e aditamentos. As alterações nos valores de repasse financeiro originalmente constantes nos termos são confusas. Por exemplo, os termos de colaboração costumam definir valores de repasse mensais, mas os respectivos aditivos financeiros posteriores não definem a qual período se refere o novo repasse, se seria um repasse único, mensal, anual ou referente a outro período temporal. Tampouco constam nos aditivos de forma evidente e objetiva os valores de repasse estabelecidos anteriormente nos termos de colaboração, os novos valores acrescentados e o total que passaria a ser repassado, e nem a análise do percentual máximo estabelecido na Lei de ampliação dos valores do termo de cooperação inicial e seus aditivos. Essa questão expressa falta de qualidade na informação que, deliberadamente ou não, dificulta o processo fiscalizatório e de controle social, para avaliar fidedignamente qual o repasse real que está sendo feito à OSC e se estão sendo cumpridos os requisitos estabelecidos legalmente.

5. Comissão de Monitoramento e Avaliação

Esta comissão é obrigatória segundo a Lei nº 13.204/2015, tratando-se de um órgão colegiado de monitoramento e avaliação das parcerias celebradas em termos de colaboração e fomento. A nomeação de seus membros – titulares e suplentes – deve ser publicada em meio oficial, sendo composta por pelo menos um servidor ocupante de cargo efetivo ou emprego permanente do quadro de pessoal da administração pública. Esta comissão acompanha a parceria mediante a aprovação e homologação de relatórios técnicos próprios e aqueles emitidos pela administração pública.

Estes relatórios devem conter a descrição sumária das atividades e metas estabelecidas; a análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho; os valores efetivamente transferidos pela administração pública; análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela OSC. Os repasses financeiros realizados a OSC dependem da análise dessas comprovações e do cumprimento dos indicadores e metas estipulados.

No caso das contratualizações da RAPS de Porto Alegre, todos os termos de colaboração instituem a CMA, que deve contar com representantes titulares e suplentes do CMS, da OSC e da SMS. Essa comissão é oficialmente nomeada no Diário Oficial (DOPA). Os relatórios produzidos por ela não são disponibilizados publicamente e a legislação não diz nada a este respeito, o que representa uma lacuna no processo de transparência.

Além da CMA, a legislação garante que a execução da parceria deve ser acompanhada e fiscalizada pelos conselhos de políticas públicas das áreas correspondentes de atuação existentes em cada esfera de governo.

6. Indicadores quantitativos e qualitativos

Todos os termos de colaboração devem obrigatoriamente ter critérios de avaliação de resultados esperados das atividades contratualizadas. A

análise dos diferentes termos estudados apresenta especificidades segundo os pontos de atenção da RAPS aos quais se referem.

Na ABS são utilizadas metas quantitativas e qualitativas de produtividade e desempenho baseadas em ações individuais (atendimentos médicos, visitas domiciliares, coleta de exames - escarro e sangue oculto nas fezes, redução de encaminhamentos para a atenção especializada, dentre outros). Não constam praticamente metas referentes a atuação no território, atividades grupais, ações de promoção e educação em saúde, articulação da rede ou participação social. O repasse financeiro mensal tem um componente fixo de 80% do valor total e 20% é flexível, distribuído em faixas escalonadas dependentes da proporção de cumprimento das metas, sendo dividido em 10% para as metas quantitativas e outros 10% para as qualitativas.

Nos CAPS o repasse fixo é de 60% e 40% é escalonado e depende do grau de cumprimento das metas quantitativas e qualitativas (20% para cada uma destas). As metas seguem o definido nos procedimentos do Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e Boletim de Produção (BPA-A e BPA-C), o que inclui diversas ações para além da produtividade e desempenho individuais, tais como atividades grupais diversas, atividades territoriais, e articulação de rede dentre outras. Nas metas qualitativas consta uma avaliação quadrimestral composta de análise de 10 prontuários e entrevistas com: coordenador do CAPS; 3 profissionais, sendo um deles o psiquiatra; um usuário e um familiar e representantes do conselho local de saúde. Algumas das ações avaliadas são a ocorrência de reuniões de equipe, assembleias, participação em fóruns de saúde mental, participação em instâncias de controle social (conselhos locais, distritais e municipal), dentre outras.

O termo de colaboração do PASM IAPI, do componente de Atenção de Urgência e Emergência tem repasse fixo de 80% do valor total mensal e os 20% restantes também estão atrelados ao cumprimento de metas quantitativas que incluem: satisfação do usuário, tempo médio de espera, restrição de atendimento à demanda espontânea, número de atendimentos médicos, proporção de profissionais capacitados, ouvidorias respondidas no prazo, média de permanência de pacientes em sala de observação menor que

72 horas, tempo médio de transporte para transferência hospitalar e penalizações por não cumprimento de outros itens contratuais. Entretanto, o termo não define quais seriam os critérios de avaliação da satisfação dos usuários.

Nas comunidades terapêuticas o repasse financeiro está atrelado à taxa de ocupação mensal e ao cumprimento de metas qualitativas, que representam 20% do repasse mensal. Este valor é escalonado segundo faixas de cumprimento dessas metas. Há uma “Avaliação de Qualidade de Serviços Prestados por Comunidades Terapêuticas”, que deve ser preenchida pela CMA quadrimestralmente, sendo composta por quatro (4) instrumentos estruturados a serem utilizados com: residentes (mínimo de 3), responsável técnico, análise de prontuários (mínimo de 5) e observação do avaliador. Entre as questões abordadas nesses instrumentos estão direitos dos residentes, tipos de atividades e atendimentos realizados, participação dos residentes, envolvimento familiar, realização de assembleias semanais, reuniões de equipe, participação em fóruns AD, ambiência, articulação com a RAPS e gestão do processo de trabalho.

A avaliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos utiliza uma Ficha de Acompanhamento Mensal dos Usuários (FAMU) que é individual e o WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Schedule), instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde para aferir incapacidades individuais. A FAMU inclui uma série de critérios relacionados a atividades da vida diária, estímulo à autonomia, lazer, atividades dentro e fora do SRT e acompanhamento em CAPS. As categorias do WHODAS incluem: compreensão e comunicação; mobilidade; autocuidado; relações interpessoais; atividades de vida e participação social. Essas metas são aferidas quadrimestralmente e os valores pagos também estão atrelados a faixas de percentuais de cumprimento delas, não havendo menção a valor fixo ou flexível de repasse. Entretanto, esses termos também preveem bonificações extras anuais no caso de emancipação de usuários, que inclui reintegração familiar, programa de moradia assistida ou transferência para moradia regular no período de doze (12) meses.

Em relação aos indicadores e metas apresentados para os diversos componentes da RAPS, observa-se que os mais amplos são os dos CAPS e Comunidades Terapêuticas. Os demais componentes da RAPS são avaliados a partir de indicadores de desempenho e produtividade ou de critérios de habilidades individuais desenvolvidas pelos usuários (SRT). É preocupante, sobretudo, a limitação dos indicadores e metas utilizados na Atenção Básica frente à complexidade do escopo de atribuições de: promoção, prevenção, assistência e reabilitação, previstas pela Política Nacional de Atenção Básica. Preocupa a utilização de critérios qualitativos associados à carteira de serviços, sendo que tal proposta reduz o escopo para ações focalizadas em contrariedade com o modelo de atenção prioritário de Saúde da Família de caráter amplo e abrangente. Caberia também, considerar quais foram os critérios e quem foram os atores envolvidos na seleção de indicadores e metas, dos termos de colaboração da RAPS, mas esta informação não consta nos documentos pesquisados.

7. Repasses Financeiros

Este tema pode ser abordado a partir de diferentes perspectivas, como: a qualidade e padronização da informação sobre repasses nos termos de colaboração; o montante de valores repassados (total, mensal e em alguns serviços, por vaga); e a possibilidade de identificação de repasses federais e a complementação municipal.

No quesito de qualidade e padronização da informação sobre repasses, os termos costumam especificar os valores de repasses mensais, com exceção do termo de colaboração mais recente firmado com a Associação Hospitalar Vila Nova, que não especifica se o valor de repasse é mensal.

No caso do montante de repasses constante nos termos, não há discriminação do valor que seria correspondente a cada unidade de saúde no caso do componente de ABS. Cada OSC tem um termo de colaboração para o total de unidades de saúde assumidas, incluindo, no caso da Santa Casa, a unidade móvel e o CnR. O demonstrativo de desembolsos realizados pela OSC

tampouco discrimina para qual US os gastos foram feitos. Isso não ocorre nos termos do PASM IAPI, CAPS, CT e SRT, pois consta claramente nestes quanto é repassado para cada serviço. Mas em geral, os aditivos que incluem repasses financeiros também são confusos, não deixando claro o quanto de acréscimo está sendo feito e nem a que período se referem, conforme já foi apresentado na discussão sobre transparência.

Quanto à possibilidade de identificação de repasses federais e municipais, esta informação só foi possível inferir para os CAPS e os SRT, pois existem repasses de custeio federal mensal fixo estabelecidos em portarias da RAPS, possibilitando calcular a diferença entre o montante mensal repassado pelo município às OSC em relação ao montante que a esfera federal repassa ao município, conforme se demonstra no **Quadro 4**:

Quadro 4 – Comparativo de repasses financeiros federais e municipais para CAPS e SRT contratualizados em Porto Alegre. Porto Alegre, junho de 2022.

Ponto de Atenção	Custeio Federal Mensal (R\$)	Custeio Municipal Mensal (R\$)	Total mensal (R\$)
CAPS AD III (IBSAUDE)	105.000,00*	122.759,33	227.759,33
CAPS AD III (AESC)	105.000,00*	123.959,21	228.959,21
CAPS AD IV (AESC)	400.000,00**	119.823,11	519.823,11
SRT II (Renascer)	20.000,00*	36.779,10	56.779,10

Fonte: Pesquisa.

*Portaria de Consolidação nº 6/2017.

**Portaria nº 3588/2017.

Pelo quadro acima, observa-se que o custeio mensal dos CAPS ADIII e SRT supera os repasses federais. Além desses valores, há também repasses de implantação e de outros tipos (COVID-19) que se agregam, o que exige um acompanhamento financeiro minucioso, pois ao considerar os repasses de implantação e aditivos, o montante total de repasses para uma determinada OSC constam de forma difusa em vários documentos (termos de colaboração e aditivos).

8. Bens remanescentes

Uma questão controvertida e que levanta questionamentos sobre os repasses financeiros realizados a OSC é a dos bens remanescentes. Segundo a Lei nº 13.204/2015, “os bens remanescentes são aqueles de natureza permanente adquiridos com recursos financeiros envolvidos na parceria, necessários à consecução do objeto, mas que a ele não se incorporam”. No Art. 36 dessa lei obriga-se a estipulação do destino a ser dado aos bens remanescentes ao final da parceria, possibilitando a doação quando, após a consecução do objeto, estes bens não forem necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado, observado o disposto no respectivo termo e na legislação vigente. No caso da lei federal, esta permite, mas não define quem poderia ser beneficiado com essa doação.

No entanto, o Decreto municipal nº 19.775/2017, que em seu Art. 30 também refere a obrigatoriedade em estipular o destino dos bens remanescentes, tem um texto ambíguo, pois refere que os bens adquiridos com recursos públicos deverão ser incorporados ao patrimônio público ao término da parceria ou no caso de extinção da organização da sociedade civil parceira. Mas logo a seguir, o decreto também autoriza a doação dos bens remanescentes que sejam úteis à continuidade de ações de interesse público à OSC parceira, condicionada à prestação de contas final aprovada.

Considerando que muitas Organizações da Sociedade Civil se aproximam de modelos muito mais empresariais do que de projetos sociais de interesse realmente público, evidencia-se aqui uma lógica de escoamento e utilização

de recursos financeiros públicos para equipar entidades privadas. No caso dos termos de colaboração analisados, todos contêm as referidas cláusulas.

Algumas conclusões acerca das contratualizações da RAPS de Porto Alegre

A grande predominância de contratualizações a RAPS de Porto Alegre demonstra um alinhamento político de empresariamento do Estado e a adoção de uma Administração Pública gerencial por parte das últimas gestões municipais, com transferência de grande parte de ações anteriormente pela administração direta para entidades vinculadas a grandes hospitais que, na sua maioria, têm dupla porta. As questões analisadas neste estudo identificam a existência de lacunas e fragilidades na legislação vigente, com limitações nas concepções de impessoalidade, transparência e participação social, gerando problemas quanto à garantia dos princípios e diretrizes do SUS e os princípios da Administração Pública, que se expressa nos termos de colaboração firmados para a provisão de serviços da RAPS, conforme análise apresentada.

Em relação às metas e indicadores de avaliação e monitoramento, destaca-se a limitação deles em componentes como a ABS, o que se alinha a mudanças profundas do modelo de atenção, perdendo-se a dimensão territorial e comunitária desta rede de atenção.

Diversos estudos questionam argumentos que tentam justificar as contratualizações pois estas reduziriam os gastos e estariam associadas a maior qualidade e eficiência do que os serviços de administração direta, demonstrando que esse discurso não se sustenta (CARNEIRO, 2002; MIRANDA, 2017; TOURINHO, 2017). Agrega-se a isso que estudos econômicos comparativos sobre o tema deveriam levar em conta diversas outras variáveis, como as vantagens diretas e indiretas obtidas pelas OSC, o que inclui não apenas o acesso a financiamento público direto de serviços contratualizados, mas também a possibilidade de permanecer com material permanente (bens remanescentes adquiridos com dinheiro público), a desoneração

tributária e uma série de benefícios decorrentes de certificações de beneficência de diversos tipos, assim como a possibilidade de receber recursos decorrentes de emendas parlamentares. Além disso, a expansão de contratualizações implica na necessidade de um aparato administrativo próprio, investindo-se em um setor de contratos vinculado à Secretaria de Saúde cuja manutenção financeira deveria ser considerada entre as despesas decorrentes desse processo.

As contratualizações realizadas na RAPS de Porto Alegre fazem parte do processo de empresariamento do SUS financiando com dinheiro público entidades privadas sem fins lucrativos. Muitas das entidades contratualizadas no SUS por diversos municípios e estados brasileiros se caracterizam muito mais por serem empresas privadas que criam figuras jurídicas convenientes para acessar recursos financeiros estatais vultuosos. As inúmeras análises, apontamentos e deliberações da instância máxima do controle social na cidade, tem sido contundente e demonstrar as inúmeras fragilidades desse processo e os retrocessos nesse modelo de gestão, impactando diretamente no repasse de atividades precípuas do governo, no caso da Política de Saúde da gestão das redes temáticas e seus componentes. Essas questões levantam a necessidade de realizar mais estudos sobre o tema incorporando algumas das perspectivas observadas de maneira exploratória nesta pesquisa, inclusive analisando o impacto desses processos na perspectiva da participação popular e do controle social, o que pode contribuir para aprofundar questionamentos e fortalecer a égide do Direito Público na luta pela garantia de políticas de saúde alinhadas aos princípios do SUS.

Referências bibliográficas

ALESSANDRA, I. As disfunções do modelo de administração burocrática e as dificuldades de se implantar o modelo gerencial. *Revista Jus Navigandi*, ano 21, n. 4758, 11 jul. 2016. Acesso em: 27 jun. 2022. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/37713>.

AVELINO, D. P.; FONSECA, I. F.; POMPEU, J. C. B. O Lugar do Povo: análise do projeto de participação social do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. In: Pedro Luiz Costa Cavalcante e Mauro Santos Silva (Orgs.). Reformas do Estado no Brasil Trajetórias, Inovações e Desafios. Vol.1. Série Reformas do Estado. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. Cap. 15. P. 391-412. Acesso em: 9 mai. 2022. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/LugarPovo_cap15

BARUCO, G.C.C. Do Consenso Keynesiano ao Pós-Consenso de Washington. Dissertação (Mestrado em Economia) Faculdade de Economia. Universidade Federal de Uberlândia, UFU. Uberlândia, 2005. Acesso em: 9 mai 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/27306/1/DoConsensoKeynesiano.pdf>.

BRASIL. (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: MARE, 1995. Acesso em: 9 mai. 2022. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>.

BRASIL. (2000). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.

BRASIL. (2011) Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, 2003-2010. Ano VI, nº 8, janeiro de 2011.

BRASIL. (2013). Ministério da Saúde (2013). Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html.

BRASIL (2014). Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm.

BRASIL (2015). Lei 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13204.htm.

BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. (2020). Comunidades terapêuticas devem atender 20 mil dependentes de álcool e drogas. Acesso em: 13 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/01/comunidades-terapeuticas-devem-atender-20-mil-dependentes-de-alcool-e-drogas>.

BRAZ, N. A importância do CEBAS para as instituições filantrópicas. 24/09/2019. Disponível em: <https://www.federassantas.org.br/novosite/a-importancia-do-cebas-para-as-instituicoes-filantropicas/>.

BRESSER-PEREIRA, L. C; GRAU, N. C. Ente o Estado e o Mercado: o público não-estatal. In: Bresser-Pereira, L.C. e Nuria Cunill Grau (orgs.). O Público Não-Estatal na Reforma do Estado. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999: 15-48.

CARNEIRO JR, N. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. AMARANTE, P. (org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p.141-168.

CRUZ, N.F.A.O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3 Acesso em: 25 Junho 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 1988. Pág. 451-464.

MIRANDA, A. S. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. Nota Técnica: Pesquisa política, planejamento e gestão das regiões e redes de atenção à saúde no Brasil. Novos Caminhos, nº16. 2017. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br.

NEMI, A.; SCHRAIBER, L. B. (2019). Luiz Carlos Bresser-Pereira: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Gerencial do Estado dos anos de 1990. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. Vol. 23 Acesso em: 17 Junho 2022, e180173. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.1810173>.

NUNES, S. P. P.; MARCELINO, G. F.; SILVA, C. A. T. (2019). Os Tribunais de Contas na interpretação da Lei de Responsabilidade Fiscal. Revista de Contabilidade e Organizações, 13, e145151. Acesso em: 17 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606>.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2004, v. 11, n. 2 Acesso em: 25 junho 2022, pp. 241-258. Disponível em: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0104-59702004000200002](https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002).

PORTO ALEGRE. Plano Plurianual 2018-2021. (2017). Lei nº 12.297, de 04 de setembro de 2017. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/smpae/ppa>.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Políticas Públicas de Cuidados em Saúde. (2016). Saúde Mental: Diagnóstico e Processo de Expansão da RAPS. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/linha_de_tempo_saude_mental_ii.pdf.

TOURINHO, R. A. R. A. (2017). Lei nº 13.019: Avanço ou retrocesso? Revista do Ministério Público (Rio de Janeiro), v. 66, p. 177. Disponível em:

https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1246489/Rita_Tourinho.pdf.

TOURINHO, R. (2020). Organizações sociais no ordenamento jurídico brasileiro: ultrapassando os limites da omissão legislativa. Revista de Direito Administrativo e Infraestrutura | RDAI, 4(15), 111–145. Acesso em: 17 Junho 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48143/rdai/15.rt>.

VIEIRA, F. A. C.; ROEDEL, H. (2002). Desafios dos movimentos sociais em tempos de globalização. Revista Outubro, nº 7, p. 23-36. Disponível em:

<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-7-Artigo-03.pdf>.

A EDUCAÇÃO POPULAR NO PROCESSO FORMATIVO PARA O CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Henrique Kujawa
Jorge Alfredo Gimenez Peralta
Valdevir Both

Introdução

A Educação Popular é uma experiência latino-americana que nasceu a partir da periferia e como contraponto à educação formal. Caracteriza-se, entre outras coisas, pela sua proposta metodológica da relação horizontal entre educador e educando, com a ideia freiriana do saber construído de forma dialógica. Ou, nas palavras de Freire: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo” (FREIRE, p 39, 1970). Nasceu como crítica à ideia da educação que apenas transfere conhecimento do educador para o educando, numa relação passiva e verticalizada entre quem educa e quem aprende. Paulo Freire a denomina de educação bancária, aquela que apenas transmite conhecimento, reproduzindo e perpetuando uma situação de opressão, de negação da realidade e de desumanização. A Educação Popular vai na contramão da educação bancária, caracterizando-se também por uma clara intencionalidade política de superação da realidade concreta dos sujeitos envolvidos na educação. Metodologicamente é um processo de construção coletiva do saber em que a realidade do sujeito educando torna-se objeto de reflexão produzindo-se, assim, o conhecimento e a conscientização. É o saber mediatizado pelo mundo, como afirma Freire.

Pensar a Educação Popular como ferramenta epistemológica e metodológica na formação de conselheiro/as de saúde e lideranças sociais é o que nos propomos nos parágrafos seguintes. Para isso, o texto será dividido em três partes. Na primeira parte retomamos o pensamento de Paulo Freire, usando como base uma das suas principais obras, a Pedagogia do Oprimido, sem deixar de dialogar com outras obras do autor e outros pensadores. Discutimos os fundamentos da educação popular, enfatizando a sua proposta político-pedagógica como elemento central da formação em Paulo Freire. Na segunda parte do texto, refletimos sobre o papel da educação popular a partir da experiência formativa junto ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Na terceira e última parte, apresentamos, como conclusão, alguns desafios da educação popular considerando a necessidade da formação permanente para o Controle Social no SUS a partir da realidade de Porto Alegre.

1. Educação Popular: elementos para uma reflexão necessária¹

A Educação Popular se desenvolve no marco da educação não formal, especialmente a partir da alfabetização de adultos aos quais foram negados o direito à educação. Por isso, constitui-se a partir de uma crítica ao que conhecemos como educação formal. Nasce na experiência da educação de adultos, especialmente camponeses e das periferias que, ausentes do processo de alfabetização formal, constituem os sujeitos da educação popular. A origem da educação popular, portanto, tem a ver com o povo, o popular, com a periferia, identificando-se com aqueles e aquelas que não passaram pela alfabetização formal, tornando-se ferramenta de alfabetização, de leitura do mundo, da realidade, do cotidiano dessas populações.

A origem identificada com a periferia, com os excluídos, com os ausentes da alfabetização formal não impediu, no entanto, que a educação

¹Texto originalmente publicado no Livro: Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS. Editora Rede Unida, 2022.

popular se tornasse igualmente presente na educação formal. A educação popular rompeu barreiras e está presente hoje na formulação de políticas públicas, no conteúdo programático das escolas, sejam públicas ou privadas. Exerce influência na aprendizagem, na alfabetização e na construção coletiva de saberes.

Além disso, a proposta político-pedagógica da educação popular inspirou também a criação de centros de educação popular, de universidades populares, de coletivos populares, movimentos sociais, processos organizativos, propostas de políticas de participação social, entre outros. O Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) é fruto desse processo histórico de construção de uma metodologia inovadora que parte da realidade dos sujeitos e constitui um processo de superação do que Paulo Freire, seu principal expoente, chama de opressão. A educação popular tem um propósito, um horizonte e o seu horizonte é a emancipação. Os pressupostos da educação popular e sua fundamentação teórico metodológica é o que propomos abordar nos próximos parágrafos.

Para isso, tomamos como base a obra *Pedagogia do Oprimido* de Paulo Freire, tendo o cuidado de reconhecer que Freire é fruto de um tempo histórico, portanto, de pessoas e coletivos pensantes e atuantes. Sem estes, Freire não teria produzido a sua vasta e importante obra, o que sempre fazia questão de lembrar. Foi em 1968 que Paulo Freire escreveu uma das suas principais obras, a *Pedagogia do Oprimido*. A obra nasce num período em que outras correntes de pensamento em áreas distintas também começaram a aparecer, especialmente na América Latina, como a da Filosofia da Libertação, Teologia da Libertação, a comunicação alternativa, a investigação ação participativa (CARRILLO, 2009), que iniciaram na região um outro olhar sobre a realidade, uma alternativa na produção de conhecimento e especialmente com um claro horizonte político de superação da base da qual partiam: a existência de uma opressão. Paulo Freire, na pedagogia do oprimido, parte de uma concepção antropológica fundamental que é a noção de inconclusão do ser humano. Diz ele:

Na verdade, diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados. Têm a consciência de sua inconclusão. Aí se encontram as raízes da educação mesma, como manifestação exclusivamente humana. Isto é, na inconclusão dos homens e na consciência que dela têm. Daí que seja a educação um que- fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade (FREIRE, 1970, p. 42).

Esta perspectiva antropológica do homem inconcluso e, portanto, em permanente movimento, permite, por um lado, compreender o homem como sendo um sujeito histórico e como tal capaz de mudar sua própria realidade. A mudança, como fruto da característica inconclusa do ser humano, permite, por outro lado, a superação da realidade do sujeito consciente. Os dois movimentos que aparecem de forma transversal em várias obras de Paulo Freire permitem a defesa da superação da realidade concreta dos sujeitos históricos conscientes. É o que Paulo Freire denomina a superação da opressão e como horizonte concreto, e não utópico, o homem livre, não oprimido. Na obra *Pedagogia da Autonomia*, publicada em 1996, Paulo Freire retoma o conceito de ser humano inconcluso afirmando que:

A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca. Na verdade, seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, o ser humano não se inserisse em tal movimento. É neste sentido que, para mulheres e homens, estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros (FREIRE, 1996, p. 30).

O horizonte freireano da superação da opressão, da construção do homem livre, do homem novo tem por base o elemento histórico da dominação, da opressão, da realidade concreta que exclui boa parte das

pessoas dos seus direitos, das suas realizações como indivíduos e como seres coletivos. Há, como ponto de partida da reflexão freireana, a realidade excludente, a opressão histórica e estrutural das sociedades. Essa realidade é o que provoca a reflexão e a construção da pedagogia que pressupõe a superação da realidade opressora. O autor, na primeira parte da obra “Pedagogia do Oprimido”, vai denominar a realidade objetiva aos sujeitos envolvidos como sendo de homens desumanizados e oprimidos construídos historicamente, portanto, fruto de uma estrutura social e política (FREIRE, 1970).

A estrutura social excludente e de opressão que, segundo Paulo Freire, desumaniza e torna inviável o que ele chama de homem mais, exige como proposta de superação um processo pedagógico diferente daquele que, até então, inviabiliza qualquer alternativa de superação da opressão e, além disso, serviu inclusive para a manutenção da ordem social excludente e opressora. Essa realidade fez com que o oprimido, segundo o autor, se reconheça como na dialética hegeliana, como sendo alguém apenas na relação opressor-oprimido. O ser do oprimido, diz Freire, é um ser em função do opressor. A identidade do oprimido, que se realiza numa cultura e realidade de opressão permanente, só é no opressor. Por isso, este, o opressor, exerce uma força de identidade no oprimido cuja superação torna a tarefa mais difícil ainda. Segundo Freire, o oprimido tem medo da liberdade por essa possibilidade de ser alguém fora do ser do opressor e por isso quando libertos ou colocados no mesmo nível, exercem nos outros os mesmos vícios do opressor.

Diz ele em “Pedagogia do Oprimido”:

A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca. Na verdade, seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, o ser humano não se inserisse em Os oprimidos, contudo, acomodados e adaptados, “imersos” na própria engrenagem da estrutura dominadora, temem a liberdade, enquanto não se sentem capazes

de correr o risco de assumi-la. E a temem, também, na medida em que, lutar por ela, significa uma ameaça, não só aos que a usam para oprimir, como seus “proprietários” exclusivos, mas aos companheiros oprimidos, que se assustam com maiores repressões (FREIRE, 1996).

O desafio da superação da opressão e da desumanização nas palavras do autor, exigem, como pode ser concluído a partir dos elementos colocados até aqui, um árduo exercício pedagógico de construção coletiva dos sujeitos empoderados para a superação da realidade concreta, sendo os mesmos sujeitos do próprio processo de construção da sua consciência sobre a realidade e por isso capazes de produzir a transformação necessária.

Do exposto até aqui, pode-se concluir que a pedagogia do oprimido parte do princípio de que há uma realidade a ser superada, uma opressão histórica que não é fatalista, natural, mas fruto de uma construção histórica que pode ser mudada, ou sobre a qual há uma necessidade de mudança. Por isso, a pedagogia do oprimido é uma proposta revolucionária de superação da opressão pela metodologia pedagógica de construção coletiva do saber, partindo da realidade concreta dos sujeitos em situação de opressão. É esta, igualmente, a base política e metodológica da Educação Popular, uma educação libertadora, uma educação cujo horizonte claro é a superação da desigualdade, da injustiça, da exploração, da opressão. É, portanto, nas palavras do próprio autor, propósito da nova pedagogia a construção de um homem novo (FREIRE, 1970).

Partindo dos elementos abordados, na sequência, queremos discorrer sobre alguns aspectos da educação popular propriamente dita. Se a realidade social em que homens e mulheres estão inseridas exige o advento de uma pedagogia capaz de construir o homem novo, o homem mais, capaz de viabilizar a superação de uma realidade opressora, política e economicamente construída para a manutenção da exploração, o que significa falar em Educação Popular?

No início do texto argumentamos que a Educação Popular superou barreiras e hoje está presente nas universidades, escolas, programas governamentais, nos movimentos sociais, nas organizações não governamentais, nos centros de educação popular etc. A amplitude dos espaços em que a educação popular está presente hoje faz com que seja necessário recuperar alguns aspectos centrais da sua proposta pedagógica à luz de Paulo Freire, seu principal teórico, especialmente na obra “Pedagogia do Oprimido”.

O primeiro aspecto importante da educação popular diz respeito ao horizonte político da proposta. Nos parágrafos anteriores enfatizamos muito a ideia freireana da existência de uma realidade opressora, cuja superação se torna um imperativo categórico. É papel fundamental da educação popular a superação dessa realidade. Em última instância, esta é a tarefa profícua da educação popular. Nunca este horizonte pode ser colocado em segundo plano pois sua razão de ser só tem sentido e identidade se o seu horizonte político for a superação da exploração, da injustiça, da negação do ser humano. Há uma proposta política clara e contundente. Por isso, Carrillo vai dizer que:

[...] cuando desde la EP se habla de paradigmas emancipadores, simultáneamente estamos haciendo mención a una dimensión gnoseológica (interpretaciones de la realidad), a una dimensión política y ética (posicionamiento frente a dicha realidad) y a una dimensión práctica: dicha concepción orienta las acciones individuales y colectivas. Desde la ya clásica consigna “ver-juzgaractuar” hasta las elaboraciones actuales, la preocupación de la educación popular por el conocimiento ha estado y está en función de las prácticas transformadoras de realidad, es una pedagogía de la praxis (CARILLO, 2009, p. 21).

Educação popular, portanto, é ou deve ser sempre uma pedagogia transformadora, deve sempre dialogar com um horizonte transformador da realidade. Uma educação popular sem intencionalidade política transformadora clara não é outra coisa senão uma educação bancária que perpetua a

opressão. Embora pareça redundante dizer que a educação popular é, acima de tudo, uma proposta revolucionária de intencionalidade política, é importante reafirmar tal aspecto em tempos de superficialidade teórico-metodológica do que seja propriamente educação popular. Isso porque não é algo tão incomum nos dias de hoje se deparar com propostas que advogam a educação popular como metodologia, sem a necessária clareza da sua proposta política. Não é suficiente incorporar elementos da educação popular para dizer que estamos fazendo educação popular. Isso porque, segundo Carrillo:

[...] en la medida en que afirmamos que la EP no es una disciplina, ni sólo un campo intelectual, sino una acción cultural y pedagógica comprometida, la preocupación no es exclusivamente epistemológica o teórica, sino eminentemente política y práctica (CARRILLO, 2009, p. 21).

O outro aspecto da educação popular, além da intencionalidade política, diz respeito a sua metodologia. Se, por um lado, a educação popular tem como pressuposto político a superação da realidade opressora, ela se produz a partir dos oprimidos. Estes, os sujeitos da educação popular, devem ser os desumanizados, na palavra de Freire, os excluídos, os coisificados na relação atual de opressor-oprimido. Freire faz uma longa explanação sobre como a exploração ou a opressão opera entre oprimidos e opressores. Diz ele:

Em certo momento de sua experiência existencial, os oprimidos assumem uma postura que chamamos de aderência ao opressor” ...” o seu conhecimento de si mesmos, como oprimidos, se encontra, contudo, prejudicado pela “imersão” em que se acham na realidade opressora (FREIRE, 1970, p. 18).

Como operar a educação popular diante da profundidade do desafio de superar a dicotomia opressor-oprimido? Como operar a educação popular na perspectiva da superação total da opressão, da exploração? Como operar

metodologicamente a educação popular na construção do homem novo? Diz Freire, quando aborda o processo de construção da consciência crítica do sujeito oprimido:

Somente quando os oprimidos descobrem, nitidamente, o opressor, e se engajam na luta organizada por sua libertação, começam a crer em si mesmos, superando, assim, sua “convivência” com o regime opressor. Se esta descoberta não pode ser feita em nível puramente intelectual, mas da ação, o que nos parece fundamental, é que esta não se cinja a mero ativismo, mas esteja associada a sério empenho de reflexão, para que seja práxis (FREIRE, 1970, p. 29).

Da citação acima, conclui-se três aspectos importantes que Freire incorpora quando se trata de fazer educação popular. O primeiro diz respeito ao SUJEITO do processo. Não se faz educação popular, transformadora, libertadora sem o sujeito estar presente. É com ele que se faz educação popular. O sujeito da libertação não pode ser outro senão o próprio oprimido, o próprio sujeito a ser libertado. Esta concepção se contrapõe à educação bancária mencionada por Freire, em que o sujeito é apenas depositário do saber transmitido. Embora seja sujeito, ele não participa da ação, da construção do saber, do conhecimento e com isso ausente da própria consciência.

Além disso, o sujeito para Paulo Freire é sempre histórico. Daí decorre sua compreensão antropológica do ser inconcluso que se faz permanentemente na história com o propósito de ser mais. Com isso, a educação em Paulo Freire se faz nesse caráter histórico, processual e, portanto, em permanente construção do sujeito (BRUTSCHER, 2005).

O segundo aspecto é a ideia do SUJEITO COMO AÇÃO. Ora, educação libertadora pressupõe consciência de si. Diz Freire: “A ação política junto aos oprimidos tem de ser, no fundo, “ação cultural” para a liberdade, por

isto mesmo, ação com eles” (FREIRE, 197, p. 30). Ação com eles é mais do que mera presença do sujeito como objeto da educação popular. É sujeito partícipe, sujeito-ação, sujeito com o qual se faz a educação popular. Ainda segundo Freire: “Precisamos estar convencidos de que o convencimento dos oprimidos de que devem lutar por sua libertação não é doação que lhes faça a liderança revolucionária, mas resultado de sua conscientização” (FREIRE, 1970, p.30). A consciência do oprimido sobre a sua opressão e sua consequente ação pela superação é fruto da educação participante do próprio sujeito oprimido.

Na obra “A educação como prática da liberdade”, Freire desenvolve o conceito de consciência transitiva crítica (FREIRE, 1967). Este diz respeito à ideia da consciência articulada à práxis (GADOTTI, 2004) Nessa tarefa de conscientização do seu jeito, o exercício do diálogo é elemento substancial para Paulo Freire. Segundo Gadotti: “essa primeira virtude do diálogo consiste no respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social” (GADOTTI, 2004, p. 67). Note-se que na proposta da educação freireana e que fundamenta epistemologicamente a educação popular, o sujeito ocupa a centralidade da ação pedagógica. Por isso, quando falamos de educação popular, falamos da realidade do sujeito e da necessidade de construir saberes numa relação verticalizada e dialógica de modo que o horizonte político da educação seja alcançado de forma consciente por todos os que são partícipes daquela educação.

Por fim, o terceiro aspecto diz respeito à AÇÃO-REFLEXÃO, ou da práxis no sentido marxista. É preciso fazer uma permanente reflexão sobre a própria ação. De novo recorrendo a Paulo Freire, o autor dirá que “se o momento já é o da ação, esta se fará autêntica práxis se o saber dela resultante se faz objeto da reflexão crítica. Neste sentido, é que a práxis constitui razão nova da consciência oprimida”. Freire diz ainda: “A não ser assim, a ação é puro ativismo (FREIRE, 1970, p. 29-30).

A ação-reflexão é indispensável para o processo de conscientização e especialmente para olhar o horizonte político de superação da opressão. Ou seja, é na reflexão sobre a ação que se reafirma e se conscientiza constantemente

a intencionalidade política da educação popular. Portanto, falar em educação popular, dizer que se faz educação popular sem a ação pensante, reflexiva e crítica do processo de formação, não produz transformação social nem consciência crítica. Por isso, Freire fala de ativismo que não é outra coisa do que uma ação impensada, sem reflexão.

Sobre isso, não é demais afirmar que várias iniciativas que se dizem hoje inspiradas na educação popular não são senão ativismos que não produzem transformação social e, conseqüentemente, uma total ausência de intencionalidade política. Pode-se dizer igualmente que fazer educação popular deslocada do horizonte político de transformação, pode ser qualquer coisa menos educação popular no sentido freireano.

Nessa perspectiva, podemos afirmar também que fazer educação popular exige rigorosidade e clareza metodológica, exige pesquisa, exige criticidade e exige sistematização da experiência realizada. Essas exigências se contrapõem ao que as vezes se defende como sendo educação popular qualquer processo educativo que envolva o povo, o popular. Neste caso, como afirma Carrillo, popular não se refere à categoria antropológica do conceito povo e sim, *“el propósito de potenciar lo popular como sujeto histórico emancipador”* (CARRILLO, 2019, p. 68). Daí que fazer educação popular não é apenas reunir o povo ou trabalhar com a periferia, com os excluídos, com a educação de adultos ou uma simples roda de conversa que parte do princípio do saber construído coletivamente. Educação popular sem rigorosidade metodológica corre o risco de se apropriar da realidade sem a criticidade necessária. Paulo Freire, ao se referir à necessidade da clareza metodológica do educador em “Pedagogia da Autonomia”, dirá que:

Uma de suas tarefas primordiais é trabalhar com os educandos a rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis (...). É exatamente neste sentido que ensinar não se esgota no “tratamento” do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível (FREIRE, 1996, p. 14).

A apreensão crítica da realidade é exigência prática do educador popular e isso só é possível com clareza metodológica. Na mesma obra Freire fala sobre a necessidade da pesquisa. Diz ele: “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino” (FREIRE, 1996, p. 16) Isso significa dizer que educação popular exige um permanente esforço de aprofundamento, de leitura, de acúmulo de saber que vem da pesquisa. Freire também fala sobre a exigência da criticidade do saber. Educação Popular é fundamentalmente uma educação crítica e, por isso, transformadora. Se não for crítica, assemelha-se às pedagogias opressoras sem a intencionalidade política da transformação social.

Por fim, o saber acumulado, a experiência realizada tem que ser submetida sempre à reflexão. Por isso Freire fala da ação-reflexão ou da práxis. Um saber que não se pensa sobre si mesma torna-se um saber acrítico e como tal a-histórico. Daí a importância da sistematização das experiências realizadas na educação popular. Sistematização que permite, segundo Oscar Jara: “obter aprendizagens da experiência vivida que nos permitam ter critérios para melhorá-las, enfatizando os elementos mais dinâmicos e positivos e deixando de lado os aspectos mais retardatários e deficientes” (JARA, 2013, p. 117). Sistematização também pressupõe a construção do saber coletivo e a memória do realizado, de modo que seja possível pensá-las e, principalmente, refletir sobre elas, seja para melhorá-las, como afirma Carrillo, seja para se tornar saber produzido coletivamente.

2. A experiência de formação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre

O Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre têm uma parceria histórica. O CEAP já assessorou algumas atividades de formação, já acompanhou outras atividades de multiplicação junto aos conselhos locais de saúde, já participou de atividades específicas de discussão sobre a saúde, bem como de outras iniciativas de defesa do SUS em Porto Alegre. Fruto dessa parceria histórica foi a

realização, em 2021, de um processo de formação para conselheiro/as e lideranças sociais construído em parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Nos próximos parágrafos faremos um relato da experiência formativa realizada buscando refletir, ao mesmo tempo, sobre os elementos políticos e pedagógicos à luz da Educação Popular.

Uma das características da Educação Popular, conforme abordamos na primeira parte deste texto, é o diálogo pedagógico do processo de conhecimento com a realidade dos sujeitos. Ou seja, o conhecimento se dá a partir da realidade do educando. Em outras palavras, a realidade do sujeito da educação torna-se objeto pedagógico. Ou, se quisermos ainda expressar de outra forma: a realidade é objeto de reflexão crítica, servindo de conteúdo do aprendizado. Portanto, falar de Educação Popular como método do processo formativo de conselheiro/as de saúde significa pensar na abordagem dos temas a partir justamente do cotidiano das pessoas.

Foi assim que realizamos, com duas turmas e em etapas diferentes, a formação para o/as conselheiro/as de Saúde em Porto Alegre. Embora tenha sido desenvolvida em plena pandemia e utilizando-se das ferramentas virtuais de formação, o processo formativo buscou dialogar com a realidade dos sujeitos, trazendo suas experiências e reflexões coletivas.

O processo formativo foi realizado com duas turmas, ambas em tempos diferentes. Na primeira turma um total de 27 pessoas foram inscritas com participação de 20 pessoas. O perfil da primeira turma foi de conselheiros/as e lideranças vinculados aos conselhos locais e distritais de saúde. Isso porque em Porto Alegre há uma longa experiência de participação social na saúde organizados por conselhos locais de saúde e conselhos distritais. Os conselhos locais são vinculados às unidades de saúde e as regionais às regiões de saúde. Portanto, a primeira turma buscou contemplar esses sujeitos vinculados nas suas unidades de saúde e ou regiões de saúde.

A segunda turma, também de conselheiros/as e lideranças, foi mais abrangente contemplando, além dos locais e distritais de saúde, outros que tenham participado na luta pela saúde em Porto Alegre, não sendo

necessariamente vinculados a conselhos locais e/ou distritais de saúde. No total, foram 18 pessoas na segunda turma do curso.

Antes de descrever as etapas, os temas e a metodologia, é importante ressaltar que as oficinas de formação tinham por objetivo qualificar conselheiros e lideranças na luta pelo direito humano à saúde. Entendia-se como fundamental a formação para que a incidência destes seja qualificada no espaço do controle social, em particular diante da conjuntura de desmonte dos espaços de participação popular e do processo de empresariamento da Saúde, em especial a privatização da rede de atenção básica em Porto Alegre. Essa conjuntura exigia, dos conselheiros/as e lideranças, uma permanente formação de modo a compreender, analisar e incidir de forma qualificada na política pública de saúde. Além disso, é parte da política nacional de formação permanente para o controle social no SUS a formação de conselheiros e lideranças sociais para a atuação no Controle Social. Os temas abordados nas etapas da formação atendem justamente essa necessidade de compreensão da realidade de modo a buscar uma maior e melhor incidência.

A formação, como já indicamos, foi desenvolvida em quatro etapas. Em virtude da pandemia, a proposta foi fazer de forma virtual as primeiras três etapas e a última etapa, a quarta, de forma presencial.

Na primeira etapa, o tema abordado foi a História da Política de Saúde no Brasil e em Porto Alegre. Tinha como premissa compreender tanto a construção da política de saúde no país ao longo da história bem como a de Porto Alegre. A abordagem foi na perspectiva de identificar os temas centrais em discussão na construção da política de saúde, em particular identificando as diferentes concepções de saúde que marcaram a história da política de saúde.

A abordagem histórica da construção da política de saúde foi importante pois recupera tanto as disputas que marcaram o debate em torno da política de saúde bem como os sujeitos que estiveram envolvidos na construção dessa política. No caso de Porto Alegre, recuperar essa construção histórica trouxe elementos para compreender que a luta pela saúde é

permanente, uma vez que a história é marcada por aqueles e aquelas que lutam por um sistema de saúde público e universal em contraposição àqueles que sempre defenderam a saúde como mercadoria e não como direito. Aliás, disputa que se repete na atual conjuntura da saúde na cidade.

A segunda etapa tratou sobre o financiamento da saúde. Na abordagem do tema houve uma apresentação inicial sobre a situação dos recursos na saúde, com ênfase na histórica insuficiência do financiamento, o que igualmente limita o acesso aos serviços no SUS. Após essa apresentação, o/as participantes refletiram sobre o tema em grupos com um olhar sobre os seus territórios e a partir da realidade de Porto Alegre. Uma das perguntas orientadoras era se os recursos, atualmente aplicados na saúde do município, são ou não suficientes para a garantia do direito à saúde.

Entre outras análises, os/as participantes indicaram a precarização dos serviços de saúde, a implementação de uma lógica de atendimento e serviços que não fortalecem a perspectiva pública da saúde no município, especialmente a partir da implementação da terceirização das Unidades de Saúde. Essa lógica, conhecida como empresariamento², busca repassar ações e serviços prioritários, repassando recursos públicos para o setor privado, esse modelo vai na contramão da garantia do direito à saúde integral das pessoas mas como processo de desestatização, enfraquecendo a gestão pública direta, sem a garantia da longitudinalidade e do vínculo dos trabalhadores como as pessoas e os territórios, inclusive com o argumento de que diante da insuficiência de recursos, a terceirização é a que torna mais eficiente não apenas os serviços mas também os próprios recursos.

Já na terceira etapa, o/as participantes discutiram sobre o modelo e a organização do Sistema Único de Saúde. A reflexão, mais uma vez, partiu da

²Segundo Alcides Miranda, trata-se de fenômeno contemporâneo recente e tendência mundial a ideia e as iniciativas de governos transferirem e agenciarem empresarialmente a gestão de serviço públicos de saúde para instâncias, institucionalidades e entes de Direito Privado. (Disponível em: <https://sul21.com.br/opiniaio/2019/04/marchezan-e-as-falaciosas-pretenses-sobre-o-empresariamento-do-setor-publico-de-saude-por-alcides-miranda/> Acesso: 04 de junho 2023.

realidade do/as participantes com uma pergunta orientadora sobre o mapa de saúde de Porto Alegre e se tal mapa respondia adequadamente as necessidades de serviço. Essa reflexão, em perspectiva com a educação popular, permitiu que o conhecimento seja produzido a partir da realidade do/as participantes, pensando e refletindo sobre ela, dialogando com os temas abordados nas etapas anteriores, o que permite igualmente compreender as razões do modelo de organização dos serviços.

Aliás, a discussão sobre o tema permitiu entender que a forma como os serviços estão organizados respondem a determinadas concepções de saúde. Uma concepção que considera a saúde como direito humano fundamental permite estruturar os serviços de modo a atender integralmente as demandas numa perspectiva de controle público. Já uma concepção privatista e mercadológica sobre o tema busca organizar os serviços num modelo que permita práticas privadas como solução dos problemas. Porto Alegre, aliás, converteu-se em exemplo dessa concepção ao terceirizar praticamente todos os serviços da atenção básica desvinculando servidores(as) da saúde do seu território e das Unidades de Saúde, sem vínculo com a comunidade, implementando uma lógica gerencialista com metas quantitativas que reduzem o cuidado à saúde a uma lógica de produtividade baseada em procedimentos que não são compatíveis com uma concepção pública de saúde como direito.

A dinâmica de trabalhos de grupo e reflexões a partir da realidade e do território dos participantes permitiu a construção de um processo formativo participativo e popular, o que reforça a importância da metodologia freiriana na formação para o Controle Social.

Por fim, a quarta e última etapa, realizada de forma presencial, discutiu sobre o Controle Social. O propósito foi identificar, com base nos problemas e desafios apontados nas etapas anteriores, as formas de fortalecer o controle social, ampliando a participação e incluindo novos sujeitos/lideranças. A metodologia consistiu novamente na discussão em grupo com perguntas orientadoras, socialização dos acúmulos dos grupos e discussão em plenário.

3. Desafios e perspectivas para o Controle Social em Porto Alegre

A participação popular é um dos pilares da política de saúde no Brasil. Os conselhos e as Conferências, como previsto em lei, representam os canais institucionais de exercício do controle social, com a participação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. É o espaço de construção do planejamento, é o espaço de análise dos gastos em saúde, é o espaço de discussão sobre os programas, é o lugar de análise e aprovação ou reprovação dos gastos realizados. Da mesma forma, com ampla participação da comunidade, as Conferências representam o lugar de construção das diretrizes, do debate amplo sobre o modelo de saúde, sobre as deficiências dos serviços, sobre os problemas dos bairros, das vilas, dos hospitais.

Além da Conferência e do Conselho de Saúde, em alguns lugares foram construídos outros espaços e mecanismos de participação e discussão sobre a saúde. É o caso dos conselhos locais de saúde, dos fóruns municipais, estaduais e nacionais, dos coletivos de saúde entre outros, estes fora da chamada institucionalidade da participação popular.

Porto Alegre sempre foi a vanguarda da experiência participativa no Brasil, mundialmente conhecido pelo orçamento participativo e pelo Fórum Social Mundial. Na saúde não foi diferente. Sempre teve um Conselho Municipal de Saúde atuante e combativo e criou uma riquíssima experiência de descentralização do controle social através de conselhos locais de saúde e conselhos distritais de saúde, bem como no último período com a implementação de um Fórum dos Conselhos Distritais. Como estratégia de organização e fortalecimento dos Distritos de Saúde, passou a incorporar esses Conselhos Distritais como entidades, que se incorporaram a composição da estrutura do Conselho Municipal de Saúde uma vez que os Conselhos Distritais têm representação no Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Não é propósito deste trabalho adentrar de forma detalhada no processo de construção dessa experiência nem explicar em detalhes a história do Controle Social na Saúde em Porto Alegre. Interessa-nos, para fins de reflexão,

levantar alguns desafios com base na experiência formativa realizada, em particular dialogando com a conjuntura do município. Nesse intuito, enumeraremos, com pequenas reflexões, alguns desses desafios:

- **Ampliar o diálogo com os territórios.** Isso implica fundamentalmente na necessidade de um processo de contínuo e inovador diálogo com os sujeitos, identificação de movimentos sociais emergentes e novas lideranças, incorporando as forças vivas dos Distritos de Saúde. Inovador no sentido de incorporar os novos mecanismos de comunicação e encontrar novas metodologias de trabalho de base, partindo sempre das premissas de Paulo Freire no sentido de incorporar, na reflexão e no diálogo, os problemas e a vida dos sujeitos envolvidos no território.

- **Potencializar os conselhos distritais.** Isso na perspectiva de recompor e fortalecer os Conselhos Distritais, a partir dos conselhos locais de saúde que hoje, em virtude do desmonte da Rede de Atenção Básica, foram diretamente atingidos pela fragilidade e precarização dos vínculos de trabalho, da ausência de mecanismos de fixação da força de trabalho e das altas taxas de rotatividade na composição das equipes de saúde.

- **Um processo permanente de formação de base.** O diálogo com a base e ampliar a mesma nos conselhos locais de saúde passa, necessariamente, por um processo contínuo de formação, seja daqueles que já estão na luta da saúde, seja daqueles e daquelas mobilizadas com potencial de serem novos e novas lideranças de base. A formação, porém, precisar ser popular, no sentido freiriano de ser do povo e com o povo, partindo e dialogando com os problemas do território, sem, no entanto, deixar de refletir sobre questões estruturais da política de saúde e dos temas afins.

- **Continuidade da articulação do Conselho Municipal de Saúde com movimentos vivos e emergentes da cidade, sendo o Conselho o principal articulador da agenda do SUS e do direito à Saúde.** Isso significa reafirmar a necessidade de abertura e recomposição do Conselho Municipal de Saúde e a necessidade de atualização da Lei. Isso é fundamental diante dos sucessivos

ataques que o Controle Social na Saúde tem sofrido em Porto Alegre e que culminou com a apresentação, pelo governo atual, em 2021 do Projeto de Lei complementar Nº 21/2021 alterando a composição e atribuições do Conselho Municipal de Saúde de forma autoritária e sem discussão com o próprio Conselho. O Conselho, para se contrapor à PL Nº 21/21, reapresentou, em forma de substitutivo, o PL Nº 01/21. Mesmo após audiências públicas em defesa desse substitutivo e da manifestação do Conselho Municipal de Saúde de apoio ao mesmo, a base do governo aprovou o PLC Nº 26/21 desconsiderando todo esse debate. E através de Ação Civil Pública via Ministério Público Estadual/Promotoria de Justiça de Direitos Humanos, que reivindicava a anulação da Lei, o pedido foi acolhido por decisão liminar sendo negado, em segunda instância, pedido de efeito suspensivo por parte da Prefeitura. Nesse processo de resistência e defesa do Conselho Municipal de Saúde e de sua autonomia e caráter deliberativo, foi fundamental a participação de vários movimentos, entidades e da população na defesa do Conselho de Saúde, chegando o debate até a 9ª Conferência Municipal de Saúde que teve como a primeira proposta aprovada as bases do PLC substitutivo da Lei do CMS e a necessidade de interlocução e parceria precisa ampliar diante da permanente ameaça de desmonte da participação popular na saúde em Porto Alegre.

De modo geral, apresenta-se como um enorme desafio para as diferentes experiências participativas, seja na saúde ou em outras políticas públicas, o diálogo amplo com a sociedade, especialmente na perspectiva de convencer estes sobre a importância da participação popular. A polarização política, o avanço das políticas de privatização, a resistência à participação popular na gestão pública, o avanço do conservadorismo político entre outros esvaziaram, no último período, vários e diferentes mecanismos de participação. Além disso, observa-se uma enorme dificuldade dos movimentos sociais em fortalecer sua atuação, estando vários deles igualmente esvaziados, com dificuldade em trazer novas lideranças, o que igualmente reflete na sua atuação no controle social.

Os desafios, portanto, são enormes, as demandas igualmente são muitas e é tarefa dos movimentos, dos conselhos de políticas públicas, das lideranças a reconstrução de um amplo diálogo com a sociedade, fortalecendo a democracia, os mecanismos de participação popular como os conselhos de saúde e, como consequência, o direito humano de todos e todas.

Considerações finais

Contribuir com a formação de lideranças sociais em Porto Alegre foi um importante exercício realizado em plena pandemia. Embora o Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP, tenha desenvolvido no Brasil inteiro um amplo e intenso processo de formação virtual, a experiência realizada com o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre foi essencial para refletirmos sobre alguns elementos sobre os quais tínhamos, até então, algumas hipóteses.

Formação de base deve ser de forma presencial. Esta é uma das conclusões do processo formativo realizado em Porto Alegre. Esta observação é fundamental no momento em que estamos indicando a necessidade de um amplo processo formativo e organizativo nos diferentes territórios em Porto Alegre. Ainda que seja possível fazer formação de forma virtual ou aliar o virtual com o presencial, como foi a experiência aqui relatada, a formação de base exige presencialidade, exige um diálogo mais próximo que não se consegue estando na frente da tela do computador ou do celular. Ou seja, rearticular os conselhos locais e repensá-los, exigirá intenso trabalho de mobilização e de formação, do qual a virtualidade não consegue dar conta.

O segundo elemento diz respeito à importância da educação permanente para o Controle Social no SUS, tanto para aqueles e aquelas que já estão na luta da saúde, quanto para os novos sujeitos. As recentes iniciativas de inviabilizar o trabalho do Conselho Municipal de Saúde bem como as mudanças no modelo de atenção exigiram, dos conselheiro/as de saúde, um espaço permanente de diálogo, de formação, de construção de estratégias de mobilização.

Além disso, a formação permanente permite construir, de forma coletiva, a análise sobre os processos nos territórios, fazendo frente às iniciativas da gestão. Por isso, o fortalecimento do controle social pressupõe a formação permanente e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre acertou em apostar nessa estratégia quando tentaram esvaziar o seu poder de deliberação e de fiscalização.

Por fim, e importância da Educação Popular em todo o processo de formação e mobilização. Sem a metodologia que permita fazer o processo formativo em diálogo com a realidade das pessoas, muito dificilmente o resultado será satisfatório. Por isso, o diálogo com os sujeitos, trazendo para a discussão suas realidades, seus problemas, suas angústias quotidianas da saúde, foi fundamental no processo formativo e continua sendo, para o CEAP, a estratégia adequada na formação de lideranças sociais e de conselheiro/as de saúde. Diante do desafio de fortalecer o controle social para fortalecer a democracia e o SUS, Paulo Freire continua sendo indispensável.

Referências bibliográficas

BRUTSCHER, V. Educação e conhecimento em Paulo Freire. Passo Fundo: Diálogos, 2005.

BRANDÃO, C. R. A Educação Popular na Escola Cidadã. Petrópolis: Vozes, 2002.

CARRILLO, A. T. Educación Popular e paradigmas emancipadores. Pedagogia e saberes, n. 30. Colombia, 2009.

Pensar epistémico, educación popular y investigación participativa. México: Nómada, 2019.

CARBONARI, P. C. Educação popular e metodologia de Trabalho Popular. In: Educação Popular e Agricultura Familiar. Passo Fundo: CEAP, 2002.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra, 1967. FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. Convite à leitura de Paulo Freire. São Paulo: Scipione, 2004.

GADOTTI, M.; TORRES, C. A. (Orgs). Educação Popular: utopia latino-americana. São Paulo: Cortez, 1994.

HOLLIDAY, O. J. A sistematização de experiências, prática e teoria para outros mundos possíveis. Distrito Federal: CONTAG, 2012.

KUJAWA, H.; CARBONARI, P. (Orgs). Luta pelo direito humano à saúde: experiência de Passo Fundo. Passo Fundo: Méritos, 2004.

UM BREVE RELATO DAS INÚMERAS AÇÕES DA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE NESTES 5 ANOS DE SUA EXISTÊNCIA

Katia Camargo de Oliveira

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre passou a contar com assessoria de comunicação específica em maio de 2017, quando uma servidora estatutária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), técnica em comunicação social, habilitação em Relações Públicas passou a integrar o quadro funcional do CMS. Com isso, algumas atividades que antes eram feitas por muitas mãos se tornaram tarefas da assessoria, como atualização do site, produção de materiais gráficos, notícias, eventos e produção de conteúdo.

Uma das primeiras iniciativas da assessoria de comunicação, com o objetivo de visibilizar as pautas do controle social para um maior número de pessoas, foi a implementação das redes sociais do colegiado (Facebook, Instagram, Twitter e o canal no YouTube). Assim, inseriu o Conselho nas mídias sociais, por meio de uma estratégia que possibilitou mais amplitude da divulgação das ações e atingir um público maior. Tal inserção proporcionou, também, o início das transmissões ao vivo das plenárias pelo canal do Facebook, representando um avanço potente, ao tornar possível que todas as plenárias ficassem armazenadas e disponíveis e com acesso público no canal, gerando maior transparência dos debates e deliberações do plenário. A primeira plenária transmitida ao vivo e disponibilizada no Facebook foi no dia 4 de maio do mesmo ano.

Para que as imagens das ações do Colegiado pudessem estar acessíveis, pois eram apenas armazenadas nos computadores do CMS, além das publicações nas redes sociais, foram feitos *logins* no Flickr, site de

hospedagem e partilha de imagens, possibilitando o armazenamento e organização das fotos. Também foram criados logins específicos para as Conferências de Saúde.

Para agilizar, ampliar e qualificar a troca de informações entre o CMS e conselheiros de Saúde, indo além da formalidade do e-mail utilizado como a comunicação formal e institucional, foram implementados grupos de WhatsApp por segmentos de participação. Também houve a criação dos grupos dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), um mais amplo integrando o controle social e o do Fórum dos Conselhos Distritais de Saúde.

A assessoria de comunicação do CMS foi responsável pela criação da arte gráfica e toda a divulgação da 1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres, que teve o tema entorno da saúde das mulheres e os desafios para a integralidade com equidade, bem como serviu de base para as 29 conferências livres em Porto Alegre, que ocorreram durante os meses de março e abril, com a participação de mais de mil pessoas, além de suprir as necessidades de materiais de comunicação e infraestrutura para a etapa final, ocorrida no dia 7 de maio, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A construção e realização da Conferência foi um momento histórico de muita intensidade, onde segmentos e coletivos se fizeram presentes, com ações e discussões que privilegiaram a diversidade.

O ano de 2017 marcou o fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) por meio de uma força tarefa gerenciada pela assessoria junto com os Conselhos Distritais e Locais, gerentes distritais e comunidade. As atividades eram agendadas e divulgadas com antecedência, depois registradas e publicadas nas redes sociais com a marcação das presenças, o que gerou vínculo e impulsionou os canais de comunicação. Foram distribuídos, também, os panfletos de divulgação das instâncias do CMS.

Para os 25 anos do colegiado, foi elaborado um logo alusivo utilizado ao longo do ano no site, redes, materiais gráficos e eventos como o Prêmio Destaque em Saúde e o aniversário do CMS. A comunicação realizou a Exposição Fotográfica “25 anos de Protagonismo em Defesa do SUS” e os

materiais da Mostra de Experiências Exitosas, que foram concomitantes a um evento em parceria com a Oficina de Geração de Renda em Saúde Mental GeraçãoPoa, no cineteatro Capitólio, em dezembro de 2017.

No que diz respeito aos veículos de imprensa, o trabalho da assessoria conquistou, pouco a pouco, um espaço para o controle social do SUS de Porto Alegre nos jornais, TVs e rádios. Relação que fortaleceu o colegiado como fonte de informação da imprensa sobre o posicionamento da instância deliberativa do SUS nas pautas da saúde pública da cidade, o que permitiu veiculações de artigos, notícias, denúncias e notas do CMS não só nas tradicionais mídias da cidade, como nos novos canais de comunicação. Em 2017, foi retomado o Fórum Municipal dos Conselhos da Cidade (FMCC), por meio da iniciativa do CMS/POA com a chamada de uma reunião de urgência para mobilização dos envolvidos. O FMCC, com isso, acabou ficando, por votação, sob a coordenação do Conselho de Saúde. Desta forma, a assessoria ficou responsável por responder às demandas de comunicação do Fórum, que reúne todos os conselhos de controle social de Porto Alegre. Com isso, a assessoria criou o logotipo do FMCC, rede social Facebook, Gmail e canal no YouTube, elaborou *banners*, faixas, *cards*, cartão de visita digital e assessoria de imprensa com inserção de notícias em jornais de grande circulação. Ao longo da coordenação do CMS no FMCC a assessoria prestou apoio de comunicação também para eventos, reuniões e lives.

A comunicação do Colegiado sofreu interferência direta no seu trabalho com a intervenção feita pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde após a eleição do núcleo de coordenação do colegiado, no final de 2017. Sem aviso nem comunicado algum, no início de 2018, a assessoria teve seu acesso ao e-mail institucional e gerenciamento do site oficial bloqueados, atividades que ficaram a cargo do coordenador de comunicação da SMS, além da restrição de responder como assessoria do colegiado frente à coordenação eleita. Este período se estendeu até a decisão liminar da Ação Civil Pública pedindo a suspensão desses atos administrativos que obstruíam a autonomia do órgão, impedindo o pleno funcionamento do Conselho.

Já em setembro de 2018, houve a comemoração dos 30 anos da ocupação do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). Atividade que envolveu o controle social, comunidade e trabalhadores e para a qual foram produzidos a arte para os materiais, notícias para imprensa, entrevistas e vídeos com as lideranças históricas da região.

No mesmo período, o CMS aderiu à campanha do Conselho Nacional de Saúde “O SUS não pode morrer”, para a qual foram confeccionadas faixas que foram usadas em eventos e, em seguida, publicizados nas redes sociais.

O CMS/POA e o Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde da UFRGS realizaram uma oficina, em novembro de 2018, para apresentar os resultados da pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) na Cidade de Porto Alegre. A pesquisa foi realizada em 32 CLS entre 2016 e início de 2018. A diagramação dos materiais e apoio nas atividades ficaram sob a responsabilidade da assessoria, inclusive a comunicação foi uma das pautas de destaque nos debates em grupo.

No ano de 2019, ocorreu a 8ª Conferência Municipal de Saúde, nos dias 12, 13 e 14 de abril, no Campus Central da UFRGS, com o tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. No final da conferência, foi realizada uma caminhada em defesa do HPS público. A assessoria participou desde a criação da identidade visual, divulgação, materiais gráficos, gerenciamento do site, infra-estrutura e realização do evento. A identidade visual utilizou o mapa da cidade, com o objetivo de fortalecer os territórios e baseou-se na ideia que circulava no país de “ninguém larga a mão de ninguém” para demonstrar a força do coletivo.

A inserção de notícias e publicações em jornais, rádios e TVs foram fundamentais para denunciar para a população as terceirizações que começaram a ocorrer na cidade e fortalecer a luta do controle social por um SUS público e de qualidade. O artigo da coordenadora do CMS, Maria Letícia de Oliveira Garcia, intitulado “Vidas não são Mercadorias”, publicado na Zero Hora do dia 23 de maio de 2019, sobre as terceirizações, defendeu a saúde

como direito humano e dever do Estado, e que a terceirização na Saúde deveria ser uma exceção e não a regra.

Com o objetivo de fornecer um instrumento a mais para a formação do controle social e atingir novos espaços e pessoas, a Comunicação desenvolveu um jogo de memória sobre o controle social do SUS e a saúde como direito humano, com uma cartilha de apoio que introduzia o assunto da Saúde, do SUS, da participação social e dos direitos humanos. O jogo foi lançado numa atividade formativa junto a um projeto social da região Glória Cruzeiro Cristal (GCC), o “Fazendo História”. Ao longo de um ano, cerca de 12 crianças e pré-adolescentes, semanalmente, puderam aprender e debater sobre o SUS, controle social, participação e saúde como direito humano, utilizando como base o jogo de memória, a construção coletiva nas aulas, visita externas aos serviços e um encontro com o Movimento Sem Terra (MST) para aprenderem um pouco sobre o movimento e a musicalidade. Como produto do projeto, foi criada uma música do tema e o grupo se apresentou em alguns espaços como numa atividade na mesma região através da Gerência Distrital e do CDS GCC, e no plenário do CMS. O jogo de memória foi distribuído, também, para os integrantes do plenário, instituições, entidades e trabalhadores de Saúde e em reuniões de conselhos locais. O material está disponível como um instrumento de comunicação para divulgar de forma lúdica, informações essenciais sobre direito à Saúde, SUS e controle social.

Em 2019, a assessoria desenvolveu o layout da cartilha do curso para as Comissões de Acompanhamento de Contratos e Conselhos Gestores, que foi o produto de um estágio em Saúde Coletiva da UFRGS no CMS. A cartilha¹ lançou os personagens que caracterizam a diversidade no protagonismo do controle social em Porto Alegre, são ilustrações baseadas nos próprios conselheiros do plenário e que ficaram disponíveis para o uso do CMS para as artes e layouts. A consulta à cartilha pode ser feita no site do CMS.

¹Cartilha: Estagiárias de Saúde Coletiva Eliza Guandet e Thaís Souza Costa. Supervisores do estágio: Joana Fernandes/CMS-POA e Frederico Machado/UFRGS. Personagens: Ilustradora Gabriela Guandet. Diagramação/arte: Katia Camargo de Oliveira – Assessora de Comunicação do CMS/POA–acesso:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/revista_cursocac.pdf

O anúncio da extinção do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) pela gestão da SMS, em setembro de 2019, marcou o início de um trabalho intensivo de suporte da assessoria de comunicação ao colegiado. Tanto no que diz respeito à divulgação e cobertura de todas as ações e atos que foram realizados de forma centralizada e nos territórios a partir dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde e das entidades de trabalhadores, quanto às entrevistas ao vivo para a página do Facebook, notícias e notas públicas emitidas pelo CMS. Chamadas ao vivo na página tornaram-se importantes registros de comunicação e seguem sendo muito utilizadas para divulgar para um maior número de pessoas. Neste período, se intensificou o uso do Instagram, com bastante inserção nos stories e feed, e houve um aumento significativo dos seguidores. A produção de conteúdo também teve um aumento significativo com os abraços às unidades de saúde na defesa do serviço e seus trabalhadores.

Com a chegada da Covid-19 e o início do distanciamento social, em março de 2020, o CMS disponibilizou um novo canal de comunicação para simplificar e qualificar o acolhimento de denúncias e reclamações alusivas à Covid-19, por meio de um formulário *on-line* recebido de forma sigilosa e disponível por *link* e no site. Além disso, criou um espaço no site para reunir todas as informações sobre a doença.

A Comunicação, assim como todas as áreas no período pandêmico, teve que se reinventar e buscar novas ferramentas tecnológicas e gratuitas que auxiliassem na realização do trabalho de forma remota, como os aplicativos para as transmissões das *Lives* e para as reuniões virtuais do plenário, que voltaram a ocorrer de forma *on-line* no dia 6 de agosto. Tanto as *Lives* como as plenárias foram transmitidas pela página do Facebook, possibilitando o acesso do público em geral. De março a setembro de 2020, foram realizadas 10 *Lives* que abordaram a Pandemia e os temas emergentes da saúde da capital, trazendo especialistas em Saúde, representantes de entidades nacionais de outros estados para fazer o debate com o CMS e os desafios impostos no enfrentamento da situação de saúde. Todas as atividades foram divulgadas

com materiais de comunicação e notícias no site, redes sociais e grupos de WhatsApp. Todas estão disponíveis no site, assim como as plenárias virtuais, muitas com caráter formativo para o controle social.

O CMS, em junho de 2020, aderiu à campanha da Marcha Virtual pela Vida, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde em conjunto com entidades da Frente pela Vida. Para isso, além de divulgar o evento, também elaborou um material virtual com o objetivo de valorização do SUS, da democracia e da vida no âmbito municipal. Foram produzidos *cards* para redes sociais e site que continham frases, de entidades parceiras e integrantes do plenário, sobre a defesa do SUS.

Para qualificar e facilitar o acesso da busca de informações da população acerca do funcionamento, área de atuação, como participar e estrutura do CMS foi desenvolvido o compilado “Perguntas e Respostas Frequentes do Controle Social do SUS”. O material está disponível no site e no formato de cartilha digital.

Ainda foram desenvolvidos os materiais da coleção “Saiba Mais” sobre Atenção Básica, Saúde da Família e Direitos dos(as) Usuários(as) do SUS, que também estão no site e em formato digital.

Na época, marcada por ano eleitoral, a comunicação do CMS utilizou em alguns materiais o slogan “Defenda sua cidadania e o SUS com o seu voto”. A ideia era estimular a população a votar em candidatas e candidatos que defendiam a pauta da saúde pública e do SUS.

A assessoria sobre o fechamento das unidades de saúde (US) Vila Elizabeth, Laranjeiras, Pitinga e Jenor Jarros, em dezembro de 2020, ainda na gestão do prefeito Nelson Marchezan Júnior, teve ampla repercussão nos veículos de imprensa. Em plena pandemia da Covid-19, as comunidades foram, de forma abrupta e sem aviso prévio ou diálogo, remanejadas para outros serviços. O resultado do trabalho de comunicação aliado à luta imediata da comunidade e trabalhadores dos territórios atingidos, bem como a rápida ação movida pelo controle social do SUS e o envolvimento de alguns parlamentares, culminaram com o acolhimento pelo Ministério Público Estadual, que via

Promotoria de Direitos Humanos ingressou com uma Ação Civil Pública (ACP) para reabertura das Unidades de Saúde. A ACP teve uma decisão judicial que determinou ao município a reabertura das unidades no dia 22 de dezembro daquele ano. Apenas a US Vila Elizabeth foi reaberta ainda em 2020, sendo que as outras unidades foram reabertas posteriormente. O movimento conjunto foi muito potente e expressivo.

Em 2021, o Fórum dos Conselhos Distritais de Saúde, bem como os conselhos distritais e algumas comissões voltaram a se reunir, de forma virtual, com o suporte da assessoria de comunicação e da secretaria executiva. Com isso, passaram a contar com o apoio da comunicação para a organização das agendas e pautas, confecção de *cards* de divulgação para cada reunião, que eram enviados nos grupos de WhatsApp já com o *link* virtual da reunião.

O planejamento da comemoração do aniversário de 29 anos do CMS, tendo em vista o distanciamento social que se mantinha, focou em valorizar e registrar depoimentos dos conselheiros de Saúde, fortalecendo a participação social nos territórios e a defesa das lutas coletivas pela garantia do direito à Saúde. Foram editados, em vídeo, 24 depoimentos e publicados no canal do YouTube, site e socializados nas redes.

Com o objetivo de reforçar a já tradicional quinta-feira como dia de plenária e como espaço da defesa do SUS no controle social, bem como estimular a participação e aumentar a audiência das reuniões virtuais, a assessoria começou a utilizar a chamada “Quinta é dia de defender o SUS na plenária do CMS” como slogan nos materiais de divulgação dos encontros.

O processo de empresariamento da Saúde na capital passou a ser tema prioritário do CMS, e, em consequência, a assessoria de comunicação teve como principais pautas os efeitos desse processo, como a terceirização dos Pronto Atendimentos Bom Jesus e Lomba do Pinheiro e vários atos públicos que demandaram também a cobertura de Comunicação. Além da defesa contra a terceirização do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) e do Plantão de Emergência em Saúde Mental do (PACS).

De janeiro a meados de abril de 2022, a assessoria trabalhou no planejamento, organização e realização da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental, que foi no formato virtual e teve como tema central "A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS". A Conferência ter sido realizada no formato virtual marcou um rompimento de barreiras e paradigmas da participação social na cidade, demonstrando a possibilidade de a participação democrática acontecer em outros formatos com a utilização das novas ferramentas tecnológicas a favor da construção coletiva e dos princípios do SUS, com o debate da inclusão e da equidade também nesta área.

Ao longo de 2022, seguiu-se o direcionamento de esforços da comunicação para o enfrentamento das terceirizações, que passaram à quase totalidade dos serviços da Atenção Básica. Com isso, algumas notícias importantes foram publicadas pela mídia. Uma notícia, em especial, chamou a atenção da assessoria pelo reflexo no que diz respeito à terceirização em Porto Alegre, inclusive, do responsável pelo controle sanitário. Nesta notícia do Correio do Povo intitulada "Polêmica na administração de unidades de saúde", feita a partir de provocação do CMS, as próprias entidades terceirizadas, ou seja, contratadas pelo Município, responderam ao jornal sobre se a contratualização dos serviços da Atenção Básica trazia benefícios e se era boa ou não para a população.

Neste período, com o objetivo de fazer resistência contra as terceirizações e pensar ações de comunicação, foi criado o Comitê Democrático Popular em Defesa do SUS e contra as Terceirizações, integrado pelo CMS, Simpa, Cores Saúde, CUT, Fórum em Defesa do SUS, Associação dos Servidores/as do Grupo Hospitalar Conceição (ASERGHGHC), Comissão de Trabalhadores/as da Estratégia de Saúde da Família, usuários/as e trabalhadores/as da Atenção Básica. A pauta focou em demonstrar que as terceirizações oferecem risco à Saúde pública e já incidem na piora dos indicadores de saúde da cidade, que se desdobrou numa matéria do CMS e em entrevistas para alguns jornais da

capital. O movimento também foi responsável pela publicação do Manifesto em Defesa do SUS e contra as Terceirizações, com a chamada “Saúde não é mercadoria”, assinado por mais de 50 entidades.

Como atividades preparatórias para às Conferências Estadual e Nacional Livre, Democrática e Popular foram realizadas duas pré-conferências com o tema “Financiamento no SUS: é possível avançar?” e “O empresariamento da Saúde em Porto Alegre: o SUS em risco”. As atividades foram desenvolvidas em parceria com o Curso de Saúde Coletiva da UFRGS, Conselho Estadual de Saúde, movimentos sociais e populares, sindicatos e militantes em defesa do SUS.

A partir de demandas dos conselheiros para melhor acesso a documentos e deliberações do plenário, foram criadas abas no site institucional com o objetivo de disponibilizar publicamente e deixar para pesquisa as deliberações do plenário, as ações do CMS junto aos órgãos de controle e algumas linhas do tempo da atuação do CMS em temas estruturantes e emergentes.

A comunicação como ferramenta de defesa do SUS, a experiência do CMS e suas fronteiras

“O progresso das tecnologias, infelizmente, não basta para criar o progresso da comunicação entre os homens e as sociedades. Os homens, imersos num universo de tecnologias, estão conseguindo comunicar-se melhor, no sentido da compreensão mútua, do que há 50 anos?” (Informar não é comunicar - Wolton, Dominique – Sulina, 2010).

Nestes cinco anos de existência da assessoria de comunicação, grande parte do trabalho foi tratar de temas emergentes, associados aos ataques vividos no controle social nos últimos anos e no desmonte das Políticas Públicas. Tanto no que diz respeito ao SUS, com o avanço das políticas de terceirizações irrestritas, desmonte dos serviços, desestruturação das equipes,

demissões do IMESF, como também contra a própria atuação do controle social no âmbito local. A violação dos direitos foi tão intensa que a maioria dos dispositivos de comunicação desenvolvidos foram para dar conta desse enfrentamento.

Entretanto, buscou-se experimentar combinações que permitissem, mesmo assim, avançar e ampliar o contexto e a fazer circular as vozes do controle social, qualificando a narrativa discursiva. Foi possível a construção de alguns elementos importantes, como a interlocução com a mídia, o fortalecimento da imagem do CMS como fonte de informação sobre as políticas públicas e serviços de Saúde públicos da capital, bem como seu papel formal como instância deliberativa do SUS. Mesmo com a disparidade de mecanismos institucionais e recursos financeiros específicos da SMS para comunicação, numa relação assimétrica se comparada à estrutura do CMS, ocupamos espaços para o confronto de posições e narrativas, colocando na pauta a defesa do direito à Saúde e do SUS em contraponto as suas violações, disputando sentidos e concepções nas mídias.

Com isso, também houve a consolidação dos técnicos que compõem os espaços do Colegiado como fontes, a valorização da produção de conteúdo como os sólidos e bem fundamentados pareceres da Secretaria Técnica (SETEC), que repercutiram muitas notícias. Destaca-se os pareceres sobre o termo de colaboração entre o Município e a Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) e os inúmeros aditivos ao contrato. Em especial o aditivo para a abertura de 29 leitos de internação pediátrica e 6 leitos de emergência em pediatria no Hospital da Restinga e Extremo-Sul (HRES). O documento, que reprovou a contratação dos leitos de internação e emergência pediátrica com a AHVN e foi aprovado pelo plenário, apontou várias irregularidades nos contratos, o que repercutiu, por meio da assessoria de comunicação, em impactantes notícias na mídia da cidade.

Do mesmo modo, os relatórios e notas conjuntas das ações das fiscalizações promovidas a partir de denúncias ao CMS foram pautas de muitas notícias do Colegiado também na mídia, sendo fortes contribuições para a defesa

dos serviços na assistência à população. Destaca-se, aqui, as fiscalizações feitas em conjunto com entidades e sindicatos que compõem o plenário: no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, a partir de uma denúncia sobre a Rede Cegonha em 2018; no Hospital de Pronto Socorro, também em 2018, denúncia de contaminação por bactérias multirresistentes, dificuldade na prestação de serviço de hemodiálise aos pacientes internados, falta de recursos humanos no atendimento da emergência e elevadores estragados; e sobre os serviços de emergência em saúde mental, em especial no atendimento de adolescentes, resultado do trabalho desenvolvido pela Força Tarefa em Defesa dos Serviços de Emergência em Saúde Mental do SUS em Porto Alegre, criada em julho de 2019 pelo CMS/POA.

Avançou-se no uso das tecnologias de comunicação para o fortalecimento do tema do direito à saúde. A interlocução do colegiado com outros públicos foi ampliada. Qualificou-se a comunicação interna com os conselheiros de saúde no que diz respeito às trocas de informações e agilidade na relação. Foi intensificado o uso de ferramentas e instrumentos tecnológicos não só para o debate das políticas de saúde, principalmente no período da pandemia, como também para auxiliar na formação para o controle social e dar voz aos conselheiros de saúde e lideranças comunitárias e suas experiências nos territórios, amplificando, também, as denúncias situacionais dos serviços para além dos espaços das comunidades e territórios. De certa forma, com isso também se avançou, mesmo que menos do que o ideal e necessário, na apropriação dos instrumentos de comunicação por parte das lideranças e conselheiros. Contudo, vale a pena avançar no planejamento estratégico da comunicação institucional e instituir a prática como mediação para o fortalecimento da participação social nos territórios, como os conselhos distritais e locais de Saúde, estrutura que sustenta e fortalece o SUS e suas diretrizes e princípios. A partir disso, ampliar a participação da comunicação frente às decisões político-administrativas e buscar meios e instrumentos para fortalecer a comunicação mais participativa e menos centralizada e unilateral.

A história de lutas por acesso a serviços básicos, como acesso à água, saneamento, cultura, educação, saúde e, inclusive, da comunicação como direito humano precisa ser sempre fortalecida e registrada como memória coletiva da participação popular na cidade. Por isso, é fundamental que a saúde e a comunicação vinculadas aos direitos humanos sejam ensinados nas creches e escolas, do ensino básico ao médio, do público ao privado. Os direitos humanos como formação libertária devem circular nas interações sociais, ser enraizados em todas as esferas e utilizando-se dos instrumentos também democráticos da comunicação na educação, cultura, assistência social, para além da comunicação em saúde.

A educação precisa fortalecer a cidadania para que se dê a transformação social, porque controle social se faz a partir da consciência cidadã e é preciso criar consciência crítica para a defesa do SUS. O uso das tecnologias e ferramentas de comunicação não são suficientes para enfrentar o fascismo que se mostrou no país, que se utilizou das mesmas ferramentas tecnológicas da área da comunicação para gerar desinformação e manipular a população.

Os direitos humanos e a cidadania congregam as diversidades da realidade social, desta forma é um tema comum à heterogeneidade dos coletivos, é uma mediação das diferentes realidades num ponto favorável para o enfrentamento do fascismo, talvez possa ser o vínculo para a prática coletiva de articular-se a partir de temas comuns e não segmentados.

Para fortalecer a cidadania, aliar a educação às novas ferramentas da comunicação, a Educomunicação é uma potente estratégia para a formação de multiplicadores na defesa dos direitos humanos. Com isso, reforça-se que apenas o uso das tecnologias de comunicação não é suficiente para formar cidadãos e democratizar o conhecimento. A prática da cidadania e participação deve ser intensificada e fortalecida por meio da multimediação da comunicação e da educação popular, com base nos princípios da participação, da busca da garantia de acesso ao mundo digital e do fortalecimento dos vínculos das redes “sociais” humanas e, nisso, é preciso avançar.

OS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: SUBSÍDIOS PARA FORTALECER O ENGAJAMENTO COMUNITÁRIO NOS TERRITÓRIOS

Frederico Viana Machado
Monika Weronika Dowbor
Rodrigo Silveira Pinto

Introdução

Os conselhos locais de saúde ganharam um respaldo importante em 2003, quando a 12ª Conferência Nacional de Saúde apontou a necessidade de se investir neles (BRASIL, 2004). No município de Porto Alegre, a criação do primeiro Conselho Local de Saúde (CLS) se deu em 1970, mas foi a partir de 2010, por iniciativa do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que vemos um incentivo sistemático para sua criação nas Unidades de Saúde (US) da cidade. Com o protagonismo do CMS, os CLS foram incluídos nos Planos Municipais de Saúde dos quadriênios 2010/2013 e 2014/2017 (PORTO ALEGRE, 2010; 2013; 2014). Neste contexto surge a pesquisa Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas de saúde na Itália, desenvolvida pelo Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS) em parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS).

Foi uma pesquisa exploratória e descritiva, baseada em metodologia qualitativa e quantitativa, cujo campo de estudo foram os CLS de Porto Alegre. A discussão metodológica completa e os resultados detalhados podem ser acessados nas demais publicações que derivaram da pesquisa

(MACHADO *et al.*,2023; PINTO, 2021; PEDROSO, 2016; BAPTISTA, 2017; GENNARO, 2016). De um total de 152 UBS ativas no período em que fizemos a pesquisa (2017-2018), conseguimos contato com 126, que nos informaram sobre a existência ou não de CLS, com o resultado de 56 CLS ativos, dos quais 32 foram entrevistados por nós e responderam ao questionário. Neste capítulo, apresentaremos alguns dados e discussões sobre os CLS de cinco anos atrás, mas com o olhar no futuro. Esperamos que este texto seja visto como um convite para novas mobilizações e engajamento comunitário nos territórios da cidade.

Condições institucionais da criação e manutenção dos CLS em Porto Alegre

Porto Alegre tem um CMS atuante, uma estrutura descentralizada em Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e CLS. Em seu Regimento Interno, o CMS instituiu e forneceu diretrizes para a atuação dos CLS na cidade prevendo: a formação de uma comissão coordenadora; a presença do gestor em reuniões programadas; responsabilidades relacionadas à atuação na política de saúde; articulação com as instâncias de participação local; incentivar a participação da comunidade; promover a realização de pesquisas locais; participar do Conselho Distrital de Saúde; e elaborar seu próprio regimento interno (PORTO ALEGRE, 2008). O desenho institucional proposto possui duas características importantes: seu caráter é ou, ao menos, espera-se que seja, deliberativo e sua estruturação inclui um instrumento de democracia direta, na medida em que o Conselho possui “natureza assembleísta”, ou seja, todos os presentes no plenário têm direito à voz e ao voto. A comissão coordenadora, que deve ser escolhida por meio de uma eleição por chapas, é responsável pela organização e divulgação das plenárias do CLS. Por esta razão, alguns membros da câmara técnica do CMS nos relataram que o nome mais adequado para os CLS seria Instâncias Locais de Participação, por não serem espaços representativos.

O caráter assembleísta funciona apenas nesse nível, pois, para as plenárias de conselhos distritais e municipal, a participação se dá por meio de representação. Os Conselhos Distritais contam com representação de usuários e trabalhadores de todas as UBS do território de referência, que devem ser indicados pelo CLS ou, quando este está inativo, pela coordenação do serviço. A escolha dos usuários para a composição da plenária do CMS, por sua vez, é feita nos CDS. Cada um dos CDS indica dois representantes de usuários titulares e dois suplentes e um trabalhador titular e um suplente para compor a plenária do CMS. Este é um desenho institucional pensado para articular a rede de espaços participativos formais das políticas de saúde da cidade e que, segundo dados da nossa pesquisa, funcionava de forma satisfatória.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são formas participativas sensíveis a vários fatores, dificultando a precisão de quais CLS estão ativos. Esses fatores incluem a tradição associativa da comunidade, a presença de lideranças e profissionais comprometidos com as práticas participativas, as mudanças nos serviços e no contexto político, social ou sanitário. Essas instabilidades são causadas pela rotatividade da coordenação e dos trabalhadores, mudança de lideranças, aumento da violência e da criminalidade, que podem afetar a presença dos usuários nos horários determinados, entre outros fatores. Além disso, a participação nos CLS não é considerada parte das atividades profissionais e não é remunerada, o que não incentiva a participação dos trabalhadores. Os entrevistados relataram os seguintes motivos para a falta de interesse dos usuários em atuar nos CLS: desconhecimento; falta reconhecimento comunitário; baixo nível de capacidade de incidência nos processos decisórios; falta de institucionalização e legitimidade; baixa efetividade ou lentidão nos processos políticos e ações desenvolvidas nesses espaços. A pesquisa revela que os êxitos e conquistas dos CLS mencionados pelos entrevistados são resultados de processos que exigem muita dedicação e levam meses ou até anos para serem alcançados, como reformas, construção de uma nova sede para a Unidade Básica de Saúde (UBS), aquisição de equipamentos, contratação de profissionais e mudanças no acesso aos serviços.

A normativa do Conselho Municipal de Saúde prevê que os CLS devem passar por um treinamento obrigatório sobre Participação e Controle Social, o que constatamos em 20 (67,5%) dos 32 CLS entrevistados, destes, em apenas sete (21,8%) todos os membros da coordenação passaram por alguma capacitação. Além das capacitações, para o fomento à instalação e à manutenção da capacidade de atuação dos CLS, na maior parte do tempo o CMS conta com apenas uma funcionária destinada para o apoio institucional e os trabalhadores das UBS não recebiam estímulos financeiros ou mesmo a liberação de carga horária para se dedicarem a estas tarefas. Importante ressaltar que o CMS conta com número insuficiente de profissionais para a realização das tarefas e os trabalhadores, de um modo geral, trabalham nos limites de sua capacidade. Isto dificulta até mesmo o fluxo de informações entre os CLS, a gestão e os demais espaços de participação.

Estruturação e funcionamento dos CLS

Como já destacado, a coordenação é responsável por organizar ações, mobilizar a comunidade e preparar as reuniões. Tais reuniões devem funcionar como plenárias, não como espaço de representação. Entretanto, diversos entrevistados relataram que este não é sempre o caso. Há reuniões sem a participação das pessoas da comunidade e onde os coordenadores atuam na função de representantes da comunidade. A investigação do porquê isso acontece em alguns CLS e de como funciona esse papel de representação não foi objeto de pesquisa, mas o dado citado demonstra uma dissonância entre a natureza assembleísta dos CLS, como previsto nas diretrizes elaboradas pelo CMS, e os modos singulares de organização de cada território.

Para compreendermos como se dá a participação da comunidade, é importante saber como as práticas são formalizadas e organizadas, e como a comunidade pode se relacionar com o CLS. Isto é determinante para que as pessoas possam ver sentido na participação e compreender seu funcionamento (MACHADO *et al.*, 2020). Pontos de pauta podem despertar

o interesse da comunidade para participar do CLS, pois contribuem para que os participantes saibam antecipadamente o que será discutido. A maioria dos CLS (59,3%) possui uma agenda de pautas definidas e a divulga para a comunidade (68,7%). A preparação das reuniões é uma tarefa importante, mas não é uma prática consolidada e sistemática em muitos CLS, devido à sobrecarga de trabalho, falta de tempo e pouca capacitação.

Os temas mais discutidos nas plenárias referem-se às questões ligadas ao funcionamento da UBS e do serviço, tais como falta de medicamentos, filas e fluxo de atendimento, reforma da unidade, reposição e falta de profissionais, problemas de equipamento, só para citar algumas das mais frequentes. Isto mostra que a plenária se engaja no debate das temáticas relacionadas com a UBS. Ainda em relação aos temas das plenárias, chama a atenção a inclusão dos assuntos da comunidade aparentemente externos ao equipamento da saúde como saneamento, violência e moradia ou projetos comunitários. A abertura para esses assuntos revela a importância dos CLS como espaços de discussão sobre os problemas da comunidade em uma perspectiva ampliada de saúde, na chave determinantes sociais e enquanto um espaço coletivo e público. Este resultado não é trivial se considerarmos a escassez de espaços e práticas de associativismo nas comunidades.

A maioria dos CLS realiza reuniões mensais (93,7%), principalmente no turno da tarde (59,3%). O horário das reuniões diurnas pode dificultar a participação de usuários trabalhadores, mas realizar as reuniões fora do expediente significa um turno de trabalho mais longo para os profissionais de saúde. A baixa participação e a dificuldade de mobilizar a comunidade são os principais impedimentos para a efetividade do CLS, conforme as entrevistas realizadas. A preparação das reuniões é uma das tarefas mais importantes da coordenação do CLS, pois envolve o estabelecimento de pautas, a articulação dos atores, a coleta e discussão de informações e a mobilização comunitária. Entretanto, os dados nos levam a concluir que a preparação das reuniões não é uma prática consolidada e sistemática, tal como requer esta importante tarefa. Os dados qualitativos indicam que as dificuldades para preparação das

reuniões estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, falta de tempo e pouca capacitação. Temos aqui um indicativo importante para a reativação e bom funcionamento dos CLS.

Embora o esvaziamento das reuniões tenha sido qualificado como “frustrante” e “desanimador” pelos entrevistados (em sua maioria membros assíduos da coordenação), também vemos que o número máximo de pessoas em reuniões específicas é bem alto. Notamos que a baixa participação no cotidiano do CLS não impede que sejam alcançados setores mais amplos da comunidade em momentos específicos. Isso mostra que os Conselhos podem ser espaços de efervescência política e mobilização da comunidade. Outra característica interessante é que as plenárias não estão restritas à participação sempre das mesmas pessoas: 24 (75,0%) dos CLS recebem pessoas novas em suas assembleias. Estes dados nos levam a argumentar que existe um potencial de engajamento, desde seja fomentado, e que a participação faça sentido para os moradores da comunidade.

Os resultados mostram que foram acionadas diversas estratégias para convidar a comunidade, sendo que as mais utilizadas foram face-a-face ou em papel, aplicativos ou redes sociais virtuais. O telefone e rádio foram menos utilizados. Em um cenário onde a comunidade não conhece o Conselho Local de Saúde, o uso de novas tecnologias tem grande potencial de amplificar não somente a participação, mas também a troca de informações, ações de capacitação e outras ações comunicativas que podem fortalecer a interação dos usuários com os serviços e a organização da participação. Entretanto, ao serem interrogados sobre qual foi a estratégia mais eficaz para atrair novos participantes, 20 (65,5%) CLS apontaram o “boca a boca”, a segunda mais citada, com 4 (12,5%) menções, foi o uso de panfletos. Conforme averiguamos, o contato pessoal é principal fonte de divulgação para o fomento à participação nos CLS.

É importante considerar que os dados aqui trabalhados foram coletados antes da pandemia de covid-19, que impactou a vida da população, sobretudo nos bairros mais pobres e vulneráveis. O isolamento social acelerou a digitalização e ampliou o uso de tecnologias da informação em todos os setores da

população. Se antes a utilização de e-mail, aplicativos de mensagem e outras ferramentas se mostravam residuais, hoje a participação digital pode despontar como um caminho mais promissor para potencializar as ações coletivas no território.

Considerações finais

Este capítulo buscou apresentar em linhas gerais alguns resultados da pesquisa que possam contribuir para que os envolvidos com os CLS em Porto Alegre visualizem seus aspectos organizacionais e a estruturação com o objetivo de incentivar a retomada da participação local em saúde, tão afetada pela pandemia. Antes de qualquer coisa, nosso objetivo é vocalizar a diversidade e a singularidade de experiências de participação e institucionalização dos CLS na cidade. Os resultados aqui apresentados discutem os desafios e as possibilidades dos CLS como recursos para promover a participação e o Controle Social em saúde na Atenção Básica. Fomentados por diretrizes nacionais, mas sobretudo pelo Conselho Municipal de Saúde, que incentivou sua instalação a partir de 2010, em 2018 havia em Porto Alegre 56 CLS ativos no universo de 126 UBS que conseguimos contactar. Tendo em vista os desafios enfrentados pelas práticas associativas, consideramos o número bem expressivo e entendemos que, por um lado, ele parece mostrar que há atores locais envolvidos na sua manutenção e que esses espaços têm alguma relevância para a UBS, e, por outro lado, que a vontade política e a iniciativa dos gestores e governantes é muito importante para legitimar e potencializar as ações de fomento à participação da comunidade na saúde e seus efeitos nos processos decisórios que envolvem as políticas públicas.

As diretrizes do CMS deram grande importância aos aspectos formais para a instalação dos CLS nas UBS (aprovação do regimento, eleições para a coordenação etc.). Os CLS estudados, em sua maioria, conseguiram cumprir parcialmente com esses requisitos, mas o número de conselhos instalados

mostra que as formalidades não foram suficientes para sua maciça constituição ou manutenção de suas atividades. Resultados semelhantes foram encontrados por Miwa et al. (2017), apontando que a padronização da forma de organização da comunidade local pode invisibilizar outras formas de participação que ocorrem no território, por não serem realizadas em conformidade com os fluxos prescritos pelos regimentos e normativas.

Os CLS de Porto Alegre possuem uma característica relativamente rara para as instituições participativas no Brasil. Em geral, os membros se constituem como representantes dessas organizações e comunidades. Os Conselhos locais possuem como a instância decisória a plenária que é aberta à participação direta de toda a comunidade que circunda a UBS. Os resultados da pesquisa mostram que a participação cotidiana não é grande, em termos de número de pessoas, mas atinge grandes quantidades de participantes em momentos específicos. Vimos que nesses espaços são discutidas primordialmente as temáticas concretas relacionadas com a UBS, bem como, às vezes, surgem temas mais amplos, o que reforça a importância do CLS como espaço público para debates da comunidade. Trata-se de um potencial de mobilização que não costuma ser efetivado, ainda que haja exemplos de assembleias cheias e ainda que sejam tratados temas importantes para o território. Poderiam ser tomadas decisões importantes relativas à UBS na medida em que as plenárias dispõem dessa prerrogativa. Poderiam também ser catalisadoras para encaminhamento de outras demandas, na medida em que se constituem como um dos poucos espaços de debate comunitário, ainda mais com o declínio do Orçamento Participativo. Além disto, este espaço pode ser estratégico para qualificar análises situacionais de saúde, envolvendo a equipe de saúde, especialistas, atores sociais e membros da comunidade.

O que parece funcionar melhor nos CLS é sua coordenação, que se mostra ativa tanto em termos de preparação das plenárias quanto no que se refere ao encaminhamento de demandas. Os resultados da pesquisa mostraram que os CLS usam a estrutura descentralizada de conselhos no município com o destaque para a relação com os Conselhos Distritais bem como outros

canais institucionalizados de acesso ao Estado como sistema de justiça, contato com os políticos e lideranças regionais e municipais. A recorrência a esses acessos denota certo grau de atividade dos conselhos.

O que poderia fortalecer e expandir a atuação dos CLS como espaços públicos e deliberativos e com característica de democracia direta? A resolução de problemas identificados no local e encaminhados aos níveis mais altos da hierarquia parece ser um elemento chave para convencer a comunidade que o conselho local importa. Mesmo quando o problema não pode ser resolvido, a justificação dos órgãos superiores deveria ser feita de maneira formal para alimentar o vai e volta dos representantes dos CLS. Esses retornos legitimam as instituições e contribuem para a constituição de seus públicos defensores. Uma possibilidade de crescimento e fortalecimento dos CLS seria conhecer e se aproximar de outras formas de ação coletiva e participação presentes na comunidade.

Não houve por parte do poder municipal investimentos e apoio para sua instalação e o CMS, constantemente atacado, não conseguiu mobilizar recursos suficientes para essa tarefa. Fica evidente que, apesar dos esforços do CMS, faltam investimentos simbólicos e materiais, bem como capacitações para revitalizar os conselhos locais. Mesmo que se considere a participação como exercício da cidadania, suas práticas envolvem muito trabalho para que se possa mobilizar, organizar e encaminhar as deliberações e construções comunitárias, o que requer não apenas remuneração de agentes-chave, mas a incorporação de tecnologias sociais que podem potencializar seus efeitos, como diversas experiências têm demonstrado (MACHADO *et al.*, 2020; GOFIN & GOFIN, 2011). Estas pesquisas demonstram a efetividade de processos participativos que envolvem dinâmicas de grupo, realização de pesquisas, entrevistas e questionários, uso de aplicativos e sítios virtuais, escrita coletiva de livros e cartilha, entre diversas outras tecnologias sociais que contribuem para ativar processos participativos. A participação, nestes casos, não se resume a reunir a comunidade para conversar. É preciso que sejam estabelecidas prioridades, elaborados planos de ação e execução de

tarefas em função do contexto social e de problemas determinados. Os CLS têm uma estrutura que pode favorecer a continuidade e a institucionalização, mas podem se beneficiar muito com a incorporação de metodologias participativas construídas tendo em vista o contexto local.

Ressaltamos, neste ponto, a importância das capacitações sobre participação, ações de educação permanente e educação popular em saúde, mas argumentamos que estas atividades precisam ser adaptadas às realidades do território e, além disso, não podem apenas repassar informações verticalmente, devem considerar a horizontalidade no processos pedagógico e ensinar a comunidade métodos e práticas potencializando e diversificando o “como fazer?” dos processos participativos. Argumentamos que se deve pensar mais em cada território e suas particularidades, abrindo o leque para a diversidade de ações para a mobilização, respeitando e aproveitando o potencial associativos das organizações já existentes, reforçando as articulações entre os diferentes níveis de participação e ofertando formação e capacitações mais próximas do território e mais afinadas com as metodologias da educação popular em saúde.

Referências bibliográficas

BAPTISTA, G. Participação social em saúde: diálogos italo-brasileiros através do Método Community Lab. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/238231>.

BRASIL. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Ministério da Saúde, editor. Ministério da Saúde; 2004.

GENNARO, C. A construção social da saúde: práticas assistenciais participativas do Brasil. Università degli Studi di Parma. Corso di Master Universitario di 2° livello. Management dei servizi sanitari e socio sanitari, 2016.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Essentials of Global Community Health. Sudbury, Mass. Jones & Bartlett Learning; 2011.

MACHADO, F. V.; DOWBOR, M. W.; PINTO, R. S.; PEDROSO, V. D.; SENNA, F. S.; DE OLIVEIRA, A. F., et al. Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre. Revista Saúde em Redes. 2023;9(1). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.4122>.

MACHADO, F. V.; FERLA, A. A.; BAPTISTA, G.; NICOLI, M. A.; PELLEGRINO. Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na Experiência do Community Lab na Itália. Revista de psicologia política 2020 dez. 20: 735-750.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. Saúde e Sociedade. 2017 jun. 26(2):411–23.

PEDROSO, V. D. A. Pesquisa sobre participação social na atenção básica: dos desafios da construção à recompensa da realização. Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Coletiva). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

PINTO, R. S. Ensaio sobre Participação da Comunidade na Saúde e Assistência Farmacêutica na Atenção Básica [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia; 2021. refpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008.pdf. Acesso em: jul. 2008.

PORTO ALEGRE. Plano Municipal de Saúde 2010-2013 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2013 [cited 2023 Mar 5]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_2014-2017.pdf.

PORTO ALEGRE. Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008.pdf. Acesso em: jul. 2008.

PORTO ALEGRE. Relatório Anual de Gestão - 2014 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2015 [cited 2023 Mar 5]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_anual_de_gestao_2014.pdf.

PORTO ALEGRE. Plano Municipal de Saúde 2014-2017 [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2013 [cited 2023 Mar 5]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_2014-2017.pdf

A VOZ DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE: OFICINAS DE DEVOLUÇÃO DE PESQUISA COM TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SUS

Frederico Viana Machado
Mauro Silveira de Castro
Monika Weronika Dowbor
Rodrigo Silveira Pinto

Ao final de 2018, após mais de dois anos de trabalhos de campo, nossa equipe havia concluído a coleta de dados da pesquisa Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas da saúde na Itália. Esta pesquisa foi desenvolvida pelo Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com o apoio do Laboratório Ítalo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva (FERLA *et al.*, 2019), uma rede internacional de pesquisadores, universidades e instituições governamentais brasileiras e italianas.

A pesquisa, cuja concepção e condução se deu em parceria com o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da UFRGS. O projeto teve como objetivo principal analisar a estrutura institucional e dinâmica de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) implantados nas Unidades de Saúde (US) da cidade de Porto Alegre, comparando com os processos participativos desenvolvidos na Região da Emília Romana na Itália, visto que em ambos os países existe a necessidade de avaliar a inclusão da comunidade nas tomadas de decisão em saúde e compartilhar experiências.

Uma descrição da metodologia e do percurso de realização da pesquisa foi apresentada por Vitória D'Avila Pedroso em seu Trabalho de Conclusão de Curso no Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, intitulado “Pesquisa sobre participação social na atenção básica: dos desafios da construção à recompensa da realização” (PEDROSO, 2018). Os primeiros passos da pesquisa envolveram entrevistas com a equipe do CMS/POA e visitas aos Conselhos Locais de Saúde da Cidade e produziram duas dissertações. A primeira de Caterina di Gennaro, aluna da Universidade de Parma: “A construção social da saúde: práticas assistenciais participativas do Brasil” (GENNARO, 2016); a segunda de Gabriel Calazans Baptista, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS: “Participação Social em Saúde: diálogos Ítalo - brasileiros através do Método Community Lab” (BAPTISTA, 2017; MACHADO *et al.*, 2020). Os resultados principais da pesquisa foram publicados recentemente no artigo “Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre” (MACHADO *et al.*, 2023).

Após o término da coleta de dados e da análise quantitativa, fazia parte da proposta metodológica a devolução dos resultados para os participantes. O objetivo era não apenas prestar contas, mas também incorporar as impressões dos trabalhadores, usuários e gestores na interpretação dos resultados. Deste modo, foram organizadas duas oficinas intituladas “Desafios da Participação Social nos Conselhos Locais de Saúde”. As oficinas ocorreram nos dias 24/11 e 01/12 de 2018, das 8:30 às 18:30, nas dependências da Faculdade de Farmácia da UFRGS (Ver Figura 1). Foram duas turmas que envolveram mais de 40 inscritos cada, além de vários conselheiros do CMS/POA e membros do LAPPACS.

A riqueza do pensamento coletivo nestas oficinas é a motivação para a escrita do presente capítulo que pretende expressar um pouco das discussões realizadas nas oficinas. Além disto, vinculado a este texto, disponibilizamos um mosaico de vídeos registrados durante as oficinas.

Os conhecimentos produzidos nesta oficina resultaram da interação entre os pesquisadores e os colaboradores da pesquisa, não são meramente extração de informações (ZENOBI, 2010). Partimos da concepção de que os dados da pesquisa estão em constante construção, com maior enriquecimento conforme maior o fluxo de seus “indos e vindos” (FERREIRA, 2015). A devolução dos resultados de uma pesquisa aos participantes pode ser vista como um direito dos colaboradores é uma obrigação ética dos pesquisadores (SMITH e SHULTE, 2009). Desta forma, os sujeitos da pesquisa não se sentem “usados” e podem se colocar como pesquisadores de sua própria realidade e transformar suas práticas sociais.

Figura 1 - Folder de divulgação da Oficina Desafios da Participação Social nos Conselhos Locais de Saúde

OFICINA:
DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL
NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Datas:
1ª Turma - sábado, 24/11 (40 vagas) ou
2ª Turma - sábado, 01/12 (40 vagas)
Horário: das 8h30 às 18h
Local:
auditório da Faculdade de Farmácia
da UFRGS (Av. Ipiranga, 2752)
Público-alvo:
integrantes dos
Conselhos Locais de Saúde
Inscrição:
(51) 3928-0203 ou pelo e-mail
cms@sms.prefpoa.com.br

freepik

LAPPACS UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL SUS Conselho Municipal de Saúde

Organização e divulgação

A organização das oficinas incluiu divulgação, inscrição, mesa de abertura, uma fala principal apresentando os resultados da pesquisa, grupos de trabalho, dinâmica de grupo e plenária final. Um dos objetivos dos grupos era também levantar propostas para os espaços e práticas de participação em saúde em Porto Alegre. O público-alvo era composto por colaboradores da pesquisa e integrantes dos CLS da cidade, mas abrimos as vagas restantes para outros conselheiros e demais envolvidos diretamente com o Controle Social em Saúde. O CMS arcou com a compra dos materiais de escritório para a realização do evento e com a realização de coffee breaks para os participantes. Foi estabelecida a parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS para a cedência do espaço e a disponibilização de câmeras e outros equipamentos para registrar o evento. Para abranger maior número de participantes, facilitar a conciliação de agenda e poder qualificar os debates realizados, a mesma oficina foi feita em dois sábados para grupos diferentes.

Os convites foram enviados para toda a rede de conselheiros da cidade, por meio de e-mails, mensagens por aplicativo e comparecimento dos organizadores às reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), local onde idealmente todos os CLS enviam membros para representação. As inscrições foram feitas virtual ou presencialmente, mediante confirmação de participação.

Programação e metodologia

Para que os participantes da oficina tivessem à mão os principais resultados quantitativos da pesquisa, elaboramos uma cartilha intitulada “Caderno de Resultados - Pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais” (MACHADO *et al.*, 2018). Nesta cartilha encontra-se a tabulação dos dados quantitativos e interpretações dos dados qualitativos da pesquisa de campo. Cada participante recebeu uma

cópia impressa do documento. Os dados coletados pela pesquisa foram debatidos com os sujeitos envolvidos fazendo das oficinas um momento privilegiado de Educação Permanente em Saúde. Esta cartilha tem sido bastante acessada e serviu para subsidiar outras discussões sobre os CLS em Porto Alegre.

As oficinas se iniciaram com uma mesa de abertura seguida pela apresentação expositiva dos dados da cartilha para todos os participantes. Em seguida, os participantes foram divididos aleatoriamente em quatro grupos de trabalho, planejados para ocorrer em duas sessões de 90 minutos, com um intervalo para almoço. A organização dos grupos de trabalho seguiu a metodologia do grupo focal (KITZINGER, 2000), sendo conduzida por um moderador e relatores.

Três grupos de trabalho tiveram como objetivo fazer a reflexão da realidade vivida pelos participantes, confrontando com os dados encontrados pela pesquisa, levantando suas opiniões, e gerando um levantamento de propostas objetivas para estruturar o planejamento do CMS quanto a Participação da Comunidade na Saúde no ano de 2019.

O outro grupo seguiu uma linha diferente. Baseando no conceito de Saúde da Comunidade de Gofin e Gofin (2011) e no modelo de intervenções na Saúde da Comunidade de Pennel et al. (2017), buscou-se compreender o processo de trabalho dos conselheiros em conhecer, priorizar e avaliar as ações realizadas para melhoria da qualidade de vida dos usuários de seus territórios. Para isso foram elaboradas perguntas-guia para guiar o processo de reflexão:

1. Quais são as funções ou obrigações dos Conselhos Locais de Saúde?
2. Como os problemas de saúde aparecem no Conselho Local de Saúde? Como os conselheiros estudam os problemas de saúde?
3. Como se priorizam os problemas de saúde a serem tratados primeiro?
4. Como a universidade pode auxiliar no processo de Educação Permanente para a Participação da Comunidade na Saúde?

Para facilitar a discussão neste grupo, foi elaborada uma história fictícia (Apêndice 1) da comunidade de Serra Grande, em que profissionais de saúde e usuários trabalham juntos no processo de conhecer e resolver os problemas de Saúde da Comunidade.

Para o fechamento das oficinas, foi incluída uma dinâmica de grupo com todos os participantes do evento, para fortalecer os laços e a implicação no aprimoramento do Sistema Único de Saúde utilizando a metodologia do Teatro do Oprimido¹. Esta dinâmica foi registrada em vídeo e foi coordenada pelo psicólogo Pedro Sitta. Na plenária final, cada grupo de trabalho apresentou a síntese das discussões realizadas para auxiliar o CMS no planejamento de 2019 para o grande grupo.

Durante toda a oficina foram feitos registros audiovisuais das atividades e de depoimentos dos participantes do evento, que foram estimulados a falar sobre sua história de vida, sua relação com os CLS, o sentido da Participação da Comunidade na Saúde, experiências exitosas, os principais desafios a serem superados pelas instâncias de Controle Social e a Atenção Básica à Saúde, entre outros temas. Foi disponibilizada também uma oportunidade para cada participante explicitar suas demandas de forma individual por escrito. Os participantes também fizeram uma avaliação final do evento.

Os preceitos éticos foram seguidos, onde todos os participantes das oficinas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Autorização para Uso de Imagem, após terem sido corretamente esclarecidos sobre o uso do material coletado (produção de artigos científicos, documentário e vídeos didáticos).

Nos dois dias de evento participaram 84 pessoas vindas de todas as regiões da cidade. Na mesa de abertura do evento incluímos o lançamento do livro “Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS - 1992-2017” (BAPTISTA et al., 2018). Foram coletados 22 depoimentos em vídeo dos participantes.

¹“Ela pode ser definida como um método formado pelo conjunto de vários sistemas teatrais que, de maneira geral, buscam, por meio da experiência estética e da desmecanização do corpo, levar os sujeitos (atores, espectadores) ao reconhecimento e ao enfrentamento das situações de “opressão” a que estão submetidos. Isso torna-se possível pelo despertar da atitude crítica com base em um posicionamento ético e solidário” (SILVEIRA, 2009).

Resultados das oficinas

A compilação dos grupos de trabalho resultou em 107 contribuições dos participantes. O quadro 1 sintetiza as contribuições geradas na oficina. Os resultados da pesquisa com a síntese dos trabalhos destas oficinas municiaram o CMS de informação para realizar o planejamento para o ano de 2019. O LAPPACS teve o trabalho reconhecido pelo CMS, sendo contemplado na categoria Comunicação em Saúde no Prêmio Destaque em Saúde 2019 do CMS (PORTO ALEGRE, 2019).

Quadro 1: Contribuições dos participantes da Oficina Desafios da participação social na Atenção Básica

Categoria	Descrição
Ações de Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none">• Implantar Educação Permanente contínua, bimestral e aberta a todos;• Fortalecer a comissão de Educação Permanente do CMS;• Formar conselheiros conscientes do seu papel social e do funcionamento do SUS;• Aprofundar em conceitos como “Controle Social”.
Divulgação da informação	<ul style="list-style-type: none">• Produzir materiais de orientação sobre direitos e deveres dos usuários e informação em saúde em linguagem acessível;• Realizar mais oficinas para entendimento do papel do CLS nas comunidades;• Divulgar as ações do CLS e a importância do SUS nas redes sociais, principalmente por vídeo;• Realizar inclusão digital dos conselheiros.
Integração entre as instâncias de controle Social	<ul style="list-style-type: none">• Regulamentar prazos de resposta das demandas entre as instâncias de Controle Social (CLS, CDS e CMS);• Integrar as discussões aos aplicativos de mensagens de celular;• Realizar atividades sociais e recreativas entre os membros de diferentes conselhos;• Atuação mais focada no CLS pelos CMS e CDS.

Categoria	Descrição
Problemas no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga dos serviços de saúde, devido à falta de trabalhadores e aumento da população; • Manter o atendimento na Atenção Básica à Saúde com o sistema de Unidades Básicas de Saúde e não como Estratégia de Saúde da Família; • Melhorar o acolhimento e a ambiência das unidades de saúde; • Fazer o planejamento baseado em metas; • Ampliar o acesso à informação, por meio de aplicativo de celular.
Funcionamento do CLS	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a divulgação das reuniões; • Realizar plenárias itinerantes, saindo das unidades de saúde; • Divulgação de absenteísmo nas reuniões.
(Re)conhecimento do território	<ul style="list-style-type: none"> • Construir mapas dos territórios para identificar redes vivas; • Conhecer as fontes de conhecimento e práticas comunitárias e integrar com as oferecidas pelo SUS; • Aperfeiçoar a relação com a comunidade.
Estratégias de participação "extra-conselhos"	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender outros meios de pressionar para atendimento das demandas; • Realizar os debates de saúde em outros espaços comunitários, além das unidades de saúde; • Identificar outras formas de mobilizações sociais locais; • Criar feiras e outros eventos com associações de moradores.
Parcerias interinstitucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Inserir o tema Controle Social na formação das universidades; • Buscar outras instituições para parcerias.
Integração do CLS com a equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Inserir a pauta da participação nas reuniões de equipe das unidades.

Fonte: dados dos autores.

No âmbito da Educação Permanente, é necessário implantar um programa contínuo de formação, com encontros realizados de forma bimestral e abertos a todos os interessados. Além disso, é essencial fortalecer a comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e capacitar os conselheiros, conscientizando-os sobre seu papel social e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante aprofundar conceitos como "Controle Social", desdobrando-o em dimensões e mecanismos concretos para que os conselheiros possam atuar de forma efetiva.

A divulgação de informações é outra vertente importante. Materiais de orientação sobre direitos e deveres dos usuários e informações em saúde devem ser produzidos em linguagem acessível. Além disso, oficinas devem ser realizadas para que as comunidades compreendam o papel do Controle Social Local (CLS). É necessário divulgar as ações do CLS e a importância do SUS nas redes sociais, principalmente por meio de vídeos. Além disso, é essencial promover a inclusão digital dos conselheiros.

A integração entre as instâncias de Controle Social é fundamental para um trabalho mais eficiente. Regulamentar prazos de resposta das demandas entre as instâncias de Controle Social (CLS, Conselho Distrital de Saúde (CDS) e CMS) é uma medida importante. Integrar as discussões aos aplicativos de mensagens de celular pode agilizar a comunicação e a tomada de decisões. Também é válido realizar atividades sociais e recreativas entre os membros de diferentes conselhos, fortalecendo a união e o trabalho conjunto. Além disso, é necessário que os CMS e CDS atuem de forma mais focada no CLS.

Os problemas no serviço de saúde devem ser enfrentados com estratégias eficazes. A sobrecarga dos serviços de saúde devido à falta de trabalhadores e ao aumento da população é uma realidade que precisa ser abordada. Manter o atendimento na Atenção Básica à Saúde com o sistema de Unidades Básicas de Saúde, em vez de adotar exclusivamente a Estratégia de Saúde da Família, é uma medida que pode contribuir para uma maior

cobertura e acesso aos cuidados de saúde. É fundamental melhorar o acolhimento e a ambiência das unidades de saúde, proporcionando um ambiente acolhedor e humanizado para os usuários. O planejamento baseado em metas é uma abordagem que ajuda a direcionar esforços e recursos de forma mais eficiente. Além disso, é necessário ampliar o acesso à informação, utilizando aplicativos de celular como meio de disseminação de informações sobre saúde.

No que diz respeito ao funcionamento do CLS, é importante ampliar a divulgação das reuniões para incentivar a participação da comunidade. Realizar plenárias itinerantes, saindo das unidades de saúde, pode facilitar o engajamento dos cidadãos. A divulgação do absenteísmo nas reuniões é uma medida de transparência que ajuda a conscientizar sobre a importância da participação. É fundamental que o CLS tenha um conhecimento aprofundado do território em que atua, construindo mapas dos territórios para identificar redes vivas. É necessário conhecer as fontes de conhecimento e práticas comunitárias e integrá-las com as oferecidas pelo SUS. Além disso, a relação com a comunidade deve ser constantemente aperfeiçoada.

Para fortalecer o Controle Social, é importante explorar estratégias de participação "extraconselhos". Isso envolve aprender outros meios de pressionar para o atendimento das demandas, como manifestações e mobilizações sociais. Também é válido realizar debates de saúde em outros espaços comunitários, além das unidades de saúde, para alcançar um público mais amplo. Identificar outras formas de mobilização social local e promover feiras e outros eventos em parceria com associações de moradores são ações que podem contribuir para um maior engajamento da comunidade.

As parcerias interinstitucionais são fundamentais para fortalecer o Controle Social. Inserir o tema do Controle Social na formação das universidades é uma medida importante para preparar futuros profissionais de saúde para o trabalho em conjunto com a comunidade. Além disso, buscar parcerias com outras instituições, como organizações não governamentais e entidades da sociedade civil, pode trazer recursos e *expertise* para fortalecer o trabalho do CLS.

Por fim, é essencial promover a integração do CLS com a equipe de saúde. Inserir a pauta da participação nas reuniões de equipe das unidades de saúde é uma forma de garantir que as demandas e sugestões do Controle Social sejam consideradas na tomada de decisões e no planejamento das ações de saúde.

Perspectivas futuras

As oficinas produziram uma grande quantidade de conteúdos, dos quais apresentamos aqui uma pequena parte. A exitosa articulação entre pesquisadores, trabalhadores e usuários, com a metodologia descrita acima, contribuiu para compreender o processo de trabalho do CLS e formas de superar alguns dos principais problemas e desafios encontrados pelos participantes naquele momento histórico. Após a pandemia de covid-19, infelizmente temos notícia que os CLS seguem bastante desarticulados até os dias de hoje. Além disso, o contexto político e as relações sociais foram bastante transformadas nos últimos anos, com um campo de conflitualidades mais complexo e um uso mais intenso das tecnologias de comunicação e informação. Deste modo, nos parece bastante promissora a realização de uma nova rodada ampla de discussões sobre a participação social em saúde para revisitar os resultados dessa pesquisa e pensarmos na reativação dos CLS no cenário atual.

A vez e a voz dos participantes: um mosaico de imagens, união e esperança

Para encerrarmos este relato das oficinas, nada mais apropriado para um livro comemorativo dos 30 anos do Conselho Municipal de Saúde do que a voz dos próprios participantes. Como dissemos, durante as oficinas efetuamos registros de diversos participantes que relataram suas experiências no controle social em saúde. No momento em que registramos estes depoimentos, tínhamos o projeto de construir um documentário a participação em saúde

nos territórios e a atuação do Conselho Municipal de Saúde. Alguns destes registros encontraram seu lugar na série documental "Controle Social nas Comunidades Periféricas", um projeto que também está incluído neste livro. Entretanto, aqui disponibilizaremos os depoimentos na íntegra, para que todas e todos tenham acesso aos depoimentos. Inclusive, caso alguém queira estas imagens em alta resolução, entrem em contato que podemos disponibilizar.

À medida que o tempo passa, esses registros se tornam ainda mais valiosos, carregando consigo os afetos e a esperança de que pautaram um momento específico da história do controle social na cidade. Alguns dos participantes desses vídeos já não estão mais entre nós, mas sua memória e legado serão preservados através dessas imagens, mantendo-os vivos em nossas lembranças. Cada vídeo desse mosaico é um tesouro, uma janela para um passado. Eles nos permitem testemunhar a união, a resiliência e a luta por uma sociedade mais justa e igualitária. Que essas imagens inspirem e informem as futuras gerações sobre a importância do controle social e da busca por um mundo melhor. Que os vídeos sejam não apenas uma lembrança do que foi, mas também uma chama que mantém viva a memória daqueles que partiram, mantendo viva a sua luta e seu legado.

Para acessar os vídeos acesse o QR Code ou clique no link:



<http://bit.ly/OficinaCLSPOA>

Referências bibliográficas

BAPTISTA, G.; ALENCAR, H.; LUCAS, L.; ALTAMIRANO, M. (Org.). Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018, v. 1, p. 28-37.

BAPTISTA, G. Participação social em saúde: diálogos ítalo-brasileiros através do Método Community Lab. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/238231>.

FERLA, A. et al. Um laboratório como rizoma: saberes e fazeres em saúde em conexões ítalo-brasileira. Saúde em Redes. v. 5, n. 1 Suplem (2019) p 12-22.

FERREIRA, J. Restituição dos dados na pesquisa etnográfica em saúde: questões para o debate a partir de experiências de pesquisas no Brasil e França. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 9. Acesso em: 6 de jan. 2021, pp. 2641-2648.

GENNARO, C. A construção social da saúde: práticas assistenciais participativas do Brasil. Università degli Studi di Parma. Corso di Master Universitario di 2° livello. Management dei servizi sanitari e socio sanitari, 2016.

GOFIN, J.; GOFIN, R. – Essentials of Global Community Health. Ontario: Jones & Barlett Learning. 2011 269p.

KITZINGER, J. Focus Groups with Users and Providers of Health Care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative Research in Health Care*. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

MACHADO, F., FERLA, A., BAPTISTA, G., NICOLI, M., & PELLEGRINO, V. Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do community lab na Itália. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 20, n. 49, p. 735-750, dez. 2020. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 de jun. 2023.

MACHADO, F. V.; DOWBOR, M.; PINTO, R. S.; PEDROSO, V. D.; SENNA, F.; OLIVEIRA, A.; TAROUÇO, M. Desafios e potencialidades para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre.

REVISTA SAÚDE EM REDES, v. 9, n.1, p. 4122, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.4122>.

MACHADO, F. V.; PINTO, R. S.; PEDROSO, V. D.; DOWBOR, M. W.; FERNANES, J. O.; POSSA, L. B.; MACIAZEKI, R. C.; BAPTISTA, G. C.; SENNA, F. S. F.; TAROUÇO, M. L.; OLIVEIRA, A. F. K.. *Caderno de Resultados - Pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais 2018 (Cartilha)*. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Disponível em:

https://www.academia.edu/37966854/Caderno_de_Resultados_Pesquisa_Desafios_da_Participacao_Social_na_Atencao_Basica_Analise_dos_Conselhos_Locais.

PEDROSO, V. D. Pesquisa sobre participação social na atenção básica: dos desafios da construção à recompensa da realização. Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Coletiva). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

PENNEL C. L., BURDINE J. N., PROCHASKA J. D., MCLEROY K. R. Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. *J Public Health Manag Pract.* 2017;23 Suppl 4 Suppl, Community Health Status Assessment: S14-S21.

PORTO ALEGRE. Conheça os vencedores do prêmio Destaque em Saúde 2019. Disponível em:

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=322&p_secao=8.

Acesso em: 6 de jan. 2021.

SILVEIRA, E. A arte do encontro: a Educação Estética Ambiental atuando com o Teatro do Oprimido. *Educ. rev.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 369-394, Dec. 2009.

SMITH, A; SHULTE, P. A. Ethical Issues in The Interaction with Research Subjects and The Disclosure of Results. In: Coughlin, S. S.; Beauchamp, T. L.; Weed, D. L., eds. *Ethics and Epidemiology*. Second edition. Oxford; New York: Oxford University Press, 2009: 128-146.

ZENOBI D. O Antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. *Mana*, 2010; 16(2):471-499.

OUVIDORIA EM MOVIMENTO: FORTALECENDO A CIDADANIA, A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS

Frederico Viana Machado

Glória Garcia Lima

Johanna Ermacovitch Coelho

Marcelo Henrique Machado

Roibison Portela Monteiro

Rosane Terezinha Baltazar

Tatiana Engel Gerhardt

Introdução

Ouvidoria em Movimento é uma parceria entre a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e o Programa de Educação Tutorial Participação e Controle Social em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PET PCSS/UFRGS). O projeto tem como objetivo divulgar a missão e o funcionamento das ouvidorias, promover a participação cidadã e fortalecer o controle social na saúde, estando inserido no escopo das propostas de Ouvidoria Ativa existentes no Manual das Ouvidorias do SUS (BRASIL, 2014).

A partir da década de 70, a participação da comunidade tem sido apontada como um elemento importante para o aprimoramento dos Sistemas de Saúde (OMS, 1978; OPAS, 2007), pois a participação amplia o poder de decisão de seus membros sobre suas escolhas em saúde, promove transformações no próprio sistema de saúde, além de fiscalizar o bom andamento da gestão pública (SILVA E LIMA, 2021). Essas práticas ganharam destaque após a

Segunda guerra mundial, sobretudo após a Conferência de Alma Ata, em 1978. A Constituição de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, que prevê a institucionalização de instâncias de participação e controle social em todos os níveis de governo e a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, fizeram com que a participação se tornasse uma diretriz para o Sistema Único de Saúde, determinando a criação de Conselhos de Saúde, a realização de conferências de saúde e outros mecanismos de controle social que levem em consideração a capacidade dos usuários de influenciarem nos processos decisórios das políticas de saúde.

As Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(as) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente (Manual das Ouvidorias do SUS, Brasília, 2014). São um dos meios pelos quais são assegurados os princípios constantes nas leis citadas anteriormente (nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

A ouvidoria é uma importante ferramenta que permite que os cidadãos manifestem suas opiniões, críticas, sugestões e denúncias relacionadas aos serviços de saúde oferecidos pelo município. Além disso, a ouvidoria desempenha um papel essencial na mediação de conflitos e no encaminhamento de demandas para as áreas responsáveis, buscando garantir respostas institucionais às questões apresentadas pelos usuários dos sistemas de saúde, e produz informações que auxiliam o gestor nas tomadas de decisões. As ouvidorias fazem a mediação entre os usuários(as) e os(as) gestores(as) do SUS, para que haja qualidade na comunicação entre eles, formando assim, laços de confiança e colaboração.

O papel das ouvidorias é garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais. Assim, elas são mais do que um canal de participação popular, são agentes de mudanças, pois as diferentes manifestações recebidas acabam por gerar oportunidades de aperfeiçoamento das instituições e serviços públicos, estimulando a

prestação de serviços de qualidade, e contribuem para o funcionamento fluido destas instituições. Não são, portanto, apenas um canal de diálogo entre o cidadão e a gestão pública.

A Ouvidoria do SUS foi criada na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA) no ano de 2008 e é um dos únicos setores da secretaria que possui atendimento ao público, buscando auxiliar o(a) cidadão(ã) na comunicação com outros setores e resolução de suas demandas particulares e/ou coletivas. Segundo o Manual das Ouvidorias do SUS, "para humanizar o atendimento, é necessário levar em consideração as expectativas, os desejos, as esperanças e as exigências de todos os envolvidos no processo" (BRASIL, 2014). Portanto, a capacidade de compreender as demandas dos/das usuários/as precisa ser desenvolvida continuamente, buscando articular a escuta institucional com a realidade cotidiana das pessoas que utilizam o SUS.

O Projeto Ouvidoria em Movimento

O Projeto Ouvidoria em Movimento surge da busca de ampliar a escuta institucional, pois acreditamos que isto demanda que o acolhimento humanizado seja uma característica central quando se lida com pessoas. É muito importante acolher e escutar a necessidade do usuário como se fosse única, porque mesmo que seja uma demanda recorrente, para aquela pessoa, a situação vivida foi singular e pode ter gerado danos para ela.

A escuta é um processo essencial durante o atendimento do usuário, pois através dela, é possível identificar, além de demandas, suas necessidades. Muitas vezes, as pessoas chegam até a Ouvidoria depois de terem percorrido um longo caminho na tentativa de resolução de seus problemas, chegam frustradas, desencorajadas – e não poucas vezes, revoltadas – tendo a Ouvidoria como último artifício para solucionar seus percalços. A Ouvidoria, porém, não é um setor resolutivo. Apesar de fazer tudo aquilo que está ao seu alcance para que o usuário saia com seu problema solucionado, na maioria das vezes isso não é uma opção. Nestes casos, o papel da Ouvidoria é fazer contato

com os setores responsáveis através de protocolos abertos no sistema 156+POA. Estes protocolos descrevem a situação que o usuário trás, e a sua solicitação.

Os registros da Ouvidoria mostraram para a equipe que muitos usuários que acessaram o serviço não conheciam suficientemente o funcionamento e os recursos disponíveis para o tratamento de suas demandas. Além disto, a equipe também notou, por meio da análise dos registros, que algumas regiões da cidade apresentavam baixa procura, o que indicava que muitos usuários desconhecem a existência da Ouvidoria. A baixa participação dos usuários é um problema, pois a Ouvidoria é um mecanismo de *feedback* valioso para os gestores. Se não houver participação suficiente dos usuários, perderemos críticas valiosas sobre os problemas reais nos serviços, dificultando a implementação de melhorias. Além disso, a ausência de reclamações ou *feedback* pode dar a falsa impressão de que os serviços estão funcionando bem, mesmo que não estejam.

Tomando este diagnóstico como ponto de partida, o Projeto Ouvidoria em Movimento traçou como objetivos: divulgar a missão e o funcionamento da Ouvidoria, bem como qualificar o acesso e a compreensão das/os usuárias/os, trabalhadores e gestores/as sobre este serviço; estimular e potencializar a participação social; promover ações educativas sobre exercício da cidadania e participação em saúde; aproximar as ações da Ouvidoria dos Conselhos (Municipal, Distritais e Locais); democratizar as informações em saúde; aprimorar as categorias de registro existentes no sistema; tratar, tabular e analisar os dados gerados pela ouvidoria, para apresentar aos usuários as demandas de cada região da cidade.

Inicialmente, um anteprojeto foi criado pelos proponentes e apresentado (via processo eletrônico - SEI) para ciência e aval de demais setores e instâncias da SMS: Diretoria de Atenção Primária, Equipe de Desenvolvimento; Gabinete do Secretário; Gerências Distritais (Coordenadorias); Conselho Municipal de Saúde (CMS). Após os encaminhamentos e despachos iniciais, foi criado um Grupo Condutor para este projeto, composto por integrantes

da Ouvidoria, do PET-PCCS e do CMS. Este grupo é responsável pela elaboração, acompanhamento/execução e avaliação do projeto. Na fase de elaboração foram feitas reuniões semanais, para que as diferentes perspectivas de controle social e defesa do SUS fossem traduzidas em um plano de ação. Finalizada a elaboração do projeto, ele foi apresentado ao Núcleo de Coordenação do CMS e ao Fórum dos Conselhos Distritais.

O projeto previa, como uma das ações, a tabulação e análise dos dados e, também, apresentação dialogada nos territórios. Os dados foram extraídos do sistema utilizado para registro de protocolos (156 POA) pelos servidores municipais da Ouvidoria e repassados aos acadêmicos para tratamento, organização e categorização. Os dados extraídos foram todos relativos à Atenção Primária. Primeiramente, foi identificada à qual Unidade de Saúde o protocolo se referia. Em seguida, os protocolos foram separados por Conselho Distrital. Atualmente em Porto Alegre, temos os seguintes CDs: Centro, Nordeste, Norte, Leste, Eixo Baltazar, Noroeste, Ilhas/Humaitá/Navegantes, Glória/Cruzeiro/Cris-tal, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga, Extremo Sul, Sul/Centro Sul. Após a organização por região, os protocolos foram lidos e organizados em 13 (treze) categorias de análises: 1) não atendimento telefônico; 2) unidade de saúde fechada; 3) protocolos covid; 4) sistema fora do ar; 5) não atendimento presencial; 6) falta de profissionais; 7) falta atendimento acolhedor; 8) problemas infraestrutura/falta de materiais; 9) problemas organização/fluxos; 10) demora no atendimento; 11) denúncia; 12) elogio e 13) outros. Como último passo da análise, são gerados gráficos e tabelas que facilitem a visualização e entendimento dos dados que serão apresentados nas reuniões com as comunidades.

Após a tabulação e análise dos dados, em maio de 2022 iniciamos as apresentações nos Conselhos Distritais, que seguem até hoje, conforme demanda. Até o presente momento foram realizados 16 encontros, totalizando mais de 400 pessoas alcançadas. Nestes eventos relatamos os objetivos do projeto e, com os dados de protocolos de Ouvidoria referentes à Atenção Básica do território de cada conselho, traçamos um panorama das

demandas recebidas. A apresentação foi preparada com uma linguagem acessível, simplificando termos técnicos e dando exemplos concretos sempre que possível.

Os resultados são discutidos com os presentes, gerando debates sobre as possibilidades de utilização da Ouvidoria e respondendo dúvidas diversas. São apresentados exemplos de dados que podem ser gerados a partir dos protocolos abertos na Ouvidoria e o próprio fluxo destes protocolos, desde o registro feito pelo usuário até a sua devolutiva. Por meio de tabelas e gráficos, as pessoas podem visualizar as maiores demandas da sua região e avaliar se os registros refletem a realidade sanitária do território ou se é necessário dar mais visibilidade aos problemas.

Esta fase inicial do projeto é uma etapa piloto de discussão e aferição da metodologia que, após aprimoramento, será levada para os Conselhos Locais. Nestes encontros são disponibilizados contatos da equipe para encaminhamento de dúvidas e a equipe procurou sensibilizar os conselheiros sobre a importância de o projeto alcançar os Conselhos Locais, ativando possíveis parcerias para a continuidade das ações previstas.

Apenas para ilustrar um dos efeitos do projeto nos territórios, separamos um exemplo bastante significativo. Em uma das apresentações nos Conselhos Distritais, mostramos que a população daquele território correspondia a um percentual da população maior que o percentual de protocolos registrados, ou seja, a representatividade/voz daquele território era proporcionalmente pequena. Frente a este dado, as próprias pessoas chegaram à conclusão da importância de procurarem mais a Ouvidoria para que seus registros possam refletir com mais veracidade às situações de saúde daquela região. Este relato ilustra o quanto a divulgação do trabalho feito pela Ouvidoria pode potencializar a participação social no SUS e, com isso, colaborar em um correto diagnóstico sobre questões de saúde dos territórios.

Além da apresentação dos dados da Ouvidoria nos territórios, é importante destacar que o projeto também trabalhou para aprimorar e atualizar todos os materiais de divulgação, tais como cartaz e folder. Também

foi criado um card digital interativo, onde são mostrados os canais de comunicação direta com a Ouvidoria (telefone, WhatsApp, presencial)¹. Neste card, clicando nos ícones, usuário é direcionado para os respectivos canais de acesso. Importante destacar que os cartazes atualizados já foram distribuídos nas 134 Unidades de Saúde da cidade de Porto Alegre/RS.

Considerações finais

Mesmo a Ouvidoria Ativa sendo prevista pelo Manual das Ouvidorias do SUS, identificamos poucas iniciativas nesse sentido. Este projeto buscou inovar ao fomentar nos territórios um canal de participação social que para muitas pessoas é completamente desconhecido. O principal desafio do projeto é encontrar Unidades de Saúde que já estejam com Conselho Local atuante tendo em vista o enfraquecimento destas instâncias de participação, agravado pela pandemia. Entretanto, as experiências iniciais do projeto nos indicam que essa metodologia tem potencial para contribuir com o engajamento comunitário necessário para retomada dos Conselhos Locais.

Este projeto reforça a importância da articulação entre a Ouvidoria e o Conselho Municipal de Saúde para o fortalecimento do controle social e para garantir a efetividade do sistema de saúde no município. O Conselho Municipal de Saúde é uma instância de participação social que, por meio da representação, congrega lideranças dos segmentos sociais mais relevantes para o SUS. A ouvidoria, por sua vez, é um canal por meio do qual os usuários podem expressar suas opiniões, sugestões, elogios ou reclamações sobre os serviços de saúde de forma simples e direta. A articulação entre ambos tende a potencializar suas ações.

Ao terem suas manifestações ouvidas e consideradas, os usuários se sentem mais engajados e confiantes no sistema de saúde. Isso fortalece a participação cidadã como um todo, permitindo que a população experimente o exercício do controle social e contribua para a construção de políticas mais

¹Disponível nas redes sociais da SMS (@saudepoa).

adequadas às suas necessidades. Um cidadão que tem o hábito de registrar suas queixas e necessidades contribui para ampliar uma cultura participativa e a implicação de todas as pessoas para a melhoria das políticas de saúde, o que por sua vez favorece a legitimidade do Conselho como instância de mediação.

A Ouvidoria é responsável por receber, registrar e encaminhar as manifestações dos cidadãos aos órgãos competentes. Ao estabelecer uma conexão com o conselho municipal de saúde, os dados coletados pela ouvidoria podem ser compartilhados com o conselho, permitindo que este órgão acompanhe e fiscalize as demandas e os problemas identificados pelos usuários do sistema de saúde. Dessa forma, o conselho pode cobrar respostas e ações concretas dos gestores públicos em relação às questões levantadas, potencializando suas ações. Por este motivo, acreditamos que ampliar o conhecimento da população para um uso mais frequente e adequado da Ouvidoria é estratégico para a efetividade do controle social.

A parceria entre a Ouvidoria e o Conselho Municipal de Saúde é importante para tornar o sistema de saúde mais democrático, transparente e eficiente, promovendo a participação cidadã e o controle social na saúde. A articulação entre os dois órgãos colabora para a implementação de ações que visem aperfeiçoar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, contribuindo para a identificação de problemas, a implementação de melhorias e o fortalecimento da relação entre a comunidade e os órgãos responsáveis pela gestão do sistema de saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 11/10/2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C., 2007.

SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 01. Acesso em: 15 Out. 2021, pp. 319-328.

SOBRE OS (AS) AUTORES (AS)

Alcides Miranda

Professor Associado do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva e do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Alcindo Antônio Ferla

Médico, professor universitário e pesquisador na saúde coletiva. Professor permanente dos programas de pós-graduação em saúde coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Professor colaborador no programa Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) e pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde (LAHPSA) da Fiocruz Amazonia. Membro titular da Comissão de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenador da Associação Rede Unida.

Ana Paula de Lima

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva e Coordenadora adjunta do CMS de Porto Alegre no exercício de 2018/2019 e 2020/2021.

Diego Rodrigues de Oliveira

Bacharel em Administração e Licenciado em História. Especialista em Gestão Pública. Administrador DEMHAB. E-mail: diegor.oliveira@demhab.prefpoa.com.br .

Fernando Zasso Pigatto

Graduado em Gestão Ambiental pela Universidade Norte do Paraná (Unopar), presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nas gestões 2018-2021 e 2021-2024, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam). fernandopigattopeixe@gmail.com.

Frederico Viana Machado

Doutor em Psicologia; Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação e do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutor do Programa de Educação Tutorial Participação e Controle Social em Saúde (PET PCSS/UFRGS) (2019-2022). Membro do Grupo de Pesquisa Associativismo, Contestação e Engajamento (GPACE/UFRGS). Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS). Atua em projetos do Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Editor Associado da Revista Saúde em Redes. Membro da Coordenação da Associação da Rede Unida. E-mail: frederico.viana@ufrgs.br; ORCID: 0000-0002-8884-1124.

Glória Garcia Lima

Acadêmica de Odontologia da UFRGS e Bolsista do PET PCSS.

Henrique Kujawa

Doutor em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINO em 2014, mestre e bacharel em História pela Universidade de Passo Fundo (2000, 1994). Atualmente é Professor Convidado da Universidade de Perúgia na Itália e Educador Popular no Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Tem experiência nas áreas: direito humano à saúde, movimentos sociais, território e territorialidade, políticas habitacionais, patrimônio cultural e desenvolvimento, tramas sociais e constituição de espaços urbanos.

Johanna Ermacovitch Coelho

Acadêmica do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, Doutora em Ciências do Movimento Humano e Bolsista do PET PCSS.

Jorge Alfredo Gimenez Peralta

Possui graduação em Filosofia pelo Instituto Superior de Filosofia Berthier - IFIBE (2007), especialização em Direitos Humanos (2008) pelo IFIBE. Tem experiência na área de Filosofia Direitos Humanos, Movimentos Sociais, Saúde Pública, Direito à Alimentação, Cultura Política e Democracia.

Katia Camargo de Oliveira

Relações Públicas. Assessora de Comunicação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Servidora Pública.

Lisiê Machado Winter

Graduada em Saúde Coletiva pela UFRGS, pós-graduanda em Gestão de Serviços de Saúde pela Uniritter. Atualmente servidora pública, no setor de Vigilância Sanitária em Porto Alegre. Dedicada à Gestão nos níveis de Atenção à Saúde. E-mail: lisiemwinter@gmail.com.

Marcelo Henrique Machado

Acadêmico de Medicina da UFRGS e Bolsista do PET PCSS.

Maria Gabriela Curubeto Godoy

Médica psiquiatra e professora adjunta do Bacharelado de Saúde Coletiva da UFRGS. Apoiadora de movimentos e coletivos representativos da população em situação de rua. Membro da coordenação do Grupo Passa e Repassa, de pesquisa e extensão de políticas e direitos da população em situação de rua.

Maria Leticia de Oliveira Garcia

Assistente Social, servidora pública, coordenadora do CMS de Porto Alegre no exercício de 2008/2009, 2010/2011 e 2018/2019.

Marisa Martins Altamirano

Assistente Social, especialização em Recursos Humanos.

Mauro Silveira de Castro

Farmacêutico, Doutor em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas UFRGS.

Monika Weronika Dowbor

Doutora em Ciência Política; Professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pelotas e pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), Porto Alegre, RS, Brasil; E-mail: mdowbor@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1845-046X.

Neusa Heinzelmann

Enfermeira, especialista em saúde pública, integrante do Conselho Fiscal do Coletivo Feminino Plural, Presidenta do COMDIM - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Porto Alegre gestão 2017-2019, Secretária do FMCC-Fórum Municipal dos Conselhos da Cidade Porto Alegre 2019-2021.

Rodrigo Silveira Pinto

Farmacêutico. Doutor em Ciências Farmacêuticas. Professor adjunto do curso de farmácia da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: rodrigospinto@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1053-9926.

Roibison Portela Monteiro

Enfermeiro graduado pela Feevale, Especialista em Urgência e Emergência, em Gestão em Saúde e Processos Educacionais em Saúde. Ouvidor SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS.

Rosane Terezinha Baltazar

Enfermeira graduada pela UFRGS, especialista em Gestão Pública e Gestão da Humanização do SUS.

Soraya Vargas Côrtes

Professora do Departamento e do PPG Sociologia da UFRGS. Pesquisadora 1B do CNPq.

Tatiana Engel Gerhardt

Tutora do PET PCSS (2023 - Atual); Professora do Bacharelado em Saúde Coletiva e do PPG em Saúde Coletiva da UFRGS.

Valdevir Both

Mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS (2008). Graduado em Filosofia pelo Instituto Superior de Filosofia Berthier-IFIBE (1997) e licenciado em Filosofia pela Universidade de Passo Fundo-UPF (1998). Atualmente é Coordenador Executivo do Centro de Educação e Assessoramento Popular-CEAP. Tem atuação e pesquisa em Direitos Humanos, Políticas Públicas, SUS, Participação e Controle Social, Saúde, Filosofia e Educação Popular.

Vania Roseli Correa de Mello

Psicóloga. Sanitarista. Doutora em Psicologia. Professora Adjunta em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS).

