



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**



CARLOS EDUARDO DE SOUSA PRAXEDES

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA - CEARÁ: uma análise das
resoluções do Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2012**

**FORTALEZA - CEARÁ
2014**

CARLOS EDUARDO DE SOUSA PRAXEDES

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA - CEARÁ: uma análise das
resoluções do Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2012

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família – Nucleadora da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Augusto
Martins Torres

FORTALEZA - CEARÁ
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Praxedes, Carlos Eduardo de Sousa .

Atenção primária à saúde em Fortaleza - Ceará uma análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2012 [recurso eletrônico] / Carlos Eduardo de Sousa Praxedes. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 99 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Conselhos de Saúde.
3. Sistema Único de Saúde. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: “Atenção Primária à Saúde em Fortaleza – Ceará: uma análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2012.”

Nome do Mestrando: Carlos Eduardo de Sousa Praxedes

Nome da Orientadora: Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres
(Orientador)

Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva
(1º membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(2º membro)

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
(Suplente)

Data da defesa: 22/04/2014

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Benedito e Marilac e
minha esposa Carla pelo amor, carinho e
compreensão.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus, apesar de não me filiar a nenhuma religião específica, acredito na existência de uma energia divina que nos guia e fortalece.

À minha esposa e companheira, Carla Jane, que sempre me incentivou desde a graduação para que realizasse esse sonho de cursar um curso de mestrado, e que mesmo nos momentos mais difíceis me deu força para prosseguir sempre com carinho e palavras de apoio.

Aos meus pais (Benedito e Marilac) que desde a infância me propiciaram as bases para o conhecimento.

Aos meus sogros (Viana e Dorinha) que com carinho e amizade acreditaram na minha capacidade de progredir nos estudos.

Aos meus professores de Saúde Coletiva da graduação em Odontologia da UFC que despertaram em mim esta vontade de aprender sobre este campo da ciência, em especial, ao amigo e professor de sempre Antônio Sergio Luz.

Aos colegas da turma do mestrado que me ajudaram nesta empreitada com um ambiente de debates e estudos que se concretizam neste trabalho, esta turma ficará em minhas lembranças para sempre.

À Prof.^a Maria Lucia Barreto (*In memoriam*), a primeira orientadora deste trabalho, que nos deixou precocemente e que me ajudou nos primeiros passos desta escrita, muito obrigado e fique em paz.

Ao Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres que aceitou o desafio desta orientação e que me acolheu como orientando e teve paciência com meu processo de aprendizagem, agradeço muito pela ajuda.

A todos os professores do mestrado que nos permitiram ampliar nossos conhecimentos e obter este título de mestre.

À coordenação do Curso Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes e Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes que deram um tom democrático e humano a este nosso querido curso.

Quando eu soltar a minha voz
Por favor entenda
Que palavra por palavra
Eis aqui uma pessoa se entregando

Coração na boca
Peito aberto
Vou sangrando
São as lutas dessa nossa vida
Que eu estou cantando

Quando eu abrir minha garganta
Essa força tanta
Tudo que você ouvir
Esteja certa
Que estarei vivendo

Veja o brilho dos meus olhos
E o tremor nas minhas mãos
E o meu corpo tão suado
Transbordando toda a raça e emoção

E se eu chorar
E o sal molhar o meu sorriso
Não se espante, cante
Que o teu canto é a minha força
Pra cantar

Quando eu soltar a minha voz
Por favor, entenda
É apenas o meu jeito de viver
O que é amar

GONZAGUINHA

RESUMO

A participação da sociedade nos rumos das políticas públicas no Brasil vem sendo ampliada através das instituições participativas. Isto teve forte amparo a partir da constituição de 1988 que garantiu vários princípios participativos, dentre eles a participação da sociedade no sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), a participação se consolidou nesta política pública, através dos Conselhos de Saúde. Estes são instâncias colegiadas criadas pela Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990 no âmbito das três esferas de governo, como forma de concretizar o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 que traz a “participação da comunidade” como diretriz do Sistema Único de Saúde, estando definidos nesta lei como “permanentes e deliberativos”, e sua composição ocorre por representantes do executivo, dos usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço, conservando o caráter paritário da participação. Assim, este trabalho tem como objetivo geral Investigar a aprovação e a implementação das resoluções referentes à Atenção Primária em Saúde emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza no período 2001 a 2012. As resoluções e atas de reuniões do CMSF e Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza entre os anos de 2001 a 2012 foram às fontes que serviram como substrato para esta pesquisa. Trata-se de um estudo de cunho quantitativo e qualitativo. Foram encontrados como resultado uma pequena quantidade de resoluções sobre Atenção Primária à Saúde correspondendo a 21,85% das resoluções publicadas neste período, a maior parte destas, 57,57%, diziam respeito à aprovação de planos, projetos e programas advindos das gestões que comandaram o poder executivo de Fortaleza nestes anos, nos remetendo as conclusões sobre a burocratização e institucionalização a que espaços como os Conselhos de Saúde estão submetidos, ou seja, o da submissão aos poderes e favores do Estado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Conselhos de Saúde. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The participation of society in the development of public policies in Brazil has been extended through participatory institutions. This had strong protection from the 1988 constitution which guaranteed various participatory principles, including the participation of society in the Brazilian health system, the Unified Health System (SUS); participation is consolidated in this public policy through the Health Councils. These are bodies established by Federal Law 8,142 of December 28, 1990 under the three spheres of government, as a way to achieve the Article 198 of the Constitution of 1988 provides a "community participation" as a guideline the Unified health, being defined in this law as "permanent and deliberative," and its composition occurs by representatives of the executive, users, health professionals and service providers, keeping the joint nature of participation. This work has as main objective to investigate the approval and implementation of the resolutions relating to the Primary Health Care issued by the Municipal Health Council of Fortaleza in the period 2001 to 2012. Resolutions and minutes of meetings of the SPS Committee and Management Reports of the Secretary city of Fortaleza Health between the years 2001 to 2012 were the sources that served as a substrate for this search. This is a study of quantitative and qualitative nature. A small amount of resolutions on Primary Health corresponding to 21.85% of the resolutions published in this period were found as a result, most of these, 57.57% were for the approval of plans, projects and programs arising in efforts that commanded the executive power of Fortaleza these years, referring to the findings on institutionalization and bureaucratization that spaces like the Health Councils are submitted, ie submission to the powers and favors from the state.

Keywords: Primary Health Care; Council of Health; Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CESAU – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CMSF – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CS – Conselho de Saúde

CSF – Centro de Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

RG – Relatório de Gestão

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

- 1 Distribuição da quantidade de Resoluções Aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2012. Fortaleza – Ceará, 2014..... 46
- 2 Distribuição das Resoluções aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde que tratam sobre Atenção Primária a Saúde entre 2001 a 2012 e seu respectivo quantitativo. Fortaleza – Ceará, 2014..... 48

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 ESTADO, SOCIEDADE CIVIL E DEMOCRACIA: ITINERÁRIOS HISTÓRICOS DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE NO CAMPO DA SAÚDE.....	17
2.1 Estado, sociedade e democracia	17
2.2 Formação da sociedade civil no Brasil.....	19
2.3 O controle social como estratégia de relação entre sociedade civil e Estado brasileiro.....	22
2.4 Controle social no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.....	23
2.5 Atenção Primária à Saúde: história de um novo “modelo” de cuidado em saúde para o mundo.....	28
2.6 Atenção Primária à Saúde ou da Atenção Básica: pressupostos políticos e ideológicos para um novo modo de fazer saúde no Brasil.....	32
3 OBJETIVOS.....	37
3.1 Geral.....	37
3.2 Específicos.....	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1 Tipo de pesquisa.....	38
4.2 Cenário da pesquisa.....	40
4.3 Coleta dos dados.....	42
4.4 Análise dos dados.....	42
4.5 Aspectos éticos.....	44
5 RESOLUÇÕES APROVADAS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA QUE TRATAM SOBRE APS NO PERÍODO DE 2001 E 2012....	46
5.1 Distribuição das resoluções aprovados pelo CMSF entre os anos de 2001 a 2012.....	46
5.1.1 Apresentação das resoluções aprovadas pelo CMSF que tratam sobre aps com a temática de planos, projetos e programas.....	49
5.1.2 Organização dos conselhos locais de saúde (Controle Social na APS).....	52
5.1.3 Negociações de trabalhadores do SUS na APS: espaço de garantia de direitos.....	56
5.1.4 Fóruns de discussão de linhas de cuidado na APS.....	58

5.1.5 Fiscalização e acompanhamento de ações e serviços na APS: o que esta em jogo?.....	59
5.1.6 Movimentação de recursos financeiros.....	60
5.1.7 Qualificação de equipes de saúde da família e contratação de profissionais para APS.....	61
5.1.8 Resoluções com a temática centrada em conferências de saúde.....	62
6 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO CMSF SOBRE APS NO PERÍODO DE 2001 A 2012.....	65
6.1 Cenário político em fortaleza e no Brasil e sua influencia no objeto de estudo.....	65
6.2 Avaliação da implementação das resoluções sobre APS aprovadas pelo CMSF entre 2001 e 2004.....	68
6.3 Avaliação da implementação das resoluções sobre APS aprovadas pelo CMSF entre 2005 e 2008.....	74
6.4 Avaliação da implementação das resoluções sobre APS aprovadas pelo CMSF entre 2009 e 2012.....	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES.....	92
ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

A participação da sociedade nos rumos das políticas públicas no Brasil vem sendo ampliada através das instituições participativas, a constituição de 1988 garante vários princípios participativos, dentre eles a participação da sociedade no sistema de saúde brasileiro saúde, o Sistema Único de Saúde. Esta participação se materializa nesta política pública através dos Conselhos de Saúde (AVRITZER, 2007; 2010).

A conquista destes espaços está relacionada com o processo de redemocratização do Brasil na década de 1980, neste processo os movimentos sociais democratizantes tiveram uma grande participação, quando buscaram espaços de ampliação da democracia que durante a constituinte deste mesmo ano, resultaram nos Conselhos de Saúde (AVRITZER, 2010).

Os Conselhos de Saúde (CS) são instâncias colegiadas criadas pela Lei federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990 no âmbito das três esferas de governo (Federal, estadual e municipal), como forma de concretizar e regulamentar o artigo 198 da Constituição Federal (CF) de 1988 que traz a “participação da comunidade” como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), os CS estão definidos nesta lei como “permanentes e deliberativos”, e sua composição ocorre com representantes da gestão, dos usuários, dos profissionais de saúde e prestadores de serviço de forma paritária.

Nestes espaços devem perpassar as mais diversas discussões sobre as políticas de saúde de forma democrática e participativa. Porém, neste estudo resolvemos nos ater as deliberações do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF) sobre a Atenção Primária em Saúde (APS)¹, por compreendermos a importância desta para o sistema de saúde. Aqui, APS é

¹ No Brasil durante o processo de implantação do Sistema Único de Saúde a Atenção Primária em Saúde passou a ser denominada como Atenção Básica, neste estudo utilizaremos a primeira denominação por entendermos a importância da reafirmação do princípio da integralidade desta.

denominada com “um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas as necessidades individuais e coletivas” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Neste sentido, um sistema de saúde que possui uma APS bem estruturada segue um modelo assistencial orientado para o usuário, tornam-se mais eficientes, de melhor qualidade e mais equitativos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como diretriz para este nível de atenção “estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território” (BRASIL, 2012), a participação nos conselhos de saúde torna-se, assim, importante para o fortalecimento da APS.

As decisões dos conselhos de saúde se manifestam através de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos, aprovadas em reuniões ordinárias e extraordinárias. E segundo a Resolução N.º 333 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003) as resoluções devem ser publicadas pelo gestor da esfera a qual este conselho está vinculado em até trinta dias. Portanto, este estudo teve-se as resoluções do CMSF entre os anos de 2001 e 2012, mais especificamente as que tratavam sobre APS.

A escolha pelo tema em questão está relacionada com experiência deste autor em Conselhos de Saúde, quando atuei como conselheiro representante das entidades profissionais de saúde da odontologia no Estado do Ceará no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF) entre os anos de 2005 e 2007 e no Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU) no período de 2007 a 2009, tendo a oportunidade dentro destes espaços de participar de várias experiências e vivências que se manifestam como subsídios deste trabalho.

Durante a participação nestes Conselhos algo que me chamou atenção foi à dificuldade destes espaços em se constituir como ambientes democráticos e de tomada de decisão com relação às políticas públicas de saúde. Os Conselhos de Saúde encontram-se abrigados na estrutura político administrativas do Estado brasileiro, necessitando desta estrutura para que a

suas decisões sejam implementadas. Isto ocorre com as resoluções, pois sua publicação e execução não ocorrem pela ação direta do conselho de saúde, mas sim pela ação político administrativa do chefe do executivo da esfera a qual se vincula o conselho de saúde.

Ao mesmo tempo em que eu participava destes espaços também atuava profissionalmente no SUS como membro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza. Estando neste período envolvido em processos de educação permanente em saúde, que segundo Ceccim (2005) constitui-se como “o processo de formação que coloca o cotidiano do trabalho em análise”, voltados para a formação para o SUS com foco na ESF na APS, tendo sido residente da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza e depois exercer a função de preceptoria nesta residência. Estas experiências me ligam de forma íntima a AB e a ESF.

As confluências da militância nos espaços de controle social do SUS juntamente com o trabalho e a formação na APS refletem a escolha por esta investigação, pois esta é uma produção que traz elementos das vivências, onde me coloco como sujeito implicado uma vez que estava tanto na APS e no CMSF em uma parte de período estudado.

Assim, nos permitimos indagar sobre algumas questões que permeiam os Conselhos de Saúde com relação as suas resoluções que tratam diretamente sobre APS, tais como: as resoluções referentes a este nível de atenção, aprovadas nos Conselhos de Saúde, têm se transformado em ações práticas no cotidiano deste nível de atenção? Como o Conselho de Saúde monitora e avalia as resoluções aprovadas em seu pleno que dizem respeito à APS? Considerando a importância da APS para um sistema de saúde como o SUS, qual a representatividade e a importância das resoluções que tratam deste nível de atenção?

Desta maneira, este estudo tem como objetivo avaliar a atuação do Conselho de Saúde do Município de Fortaleza (CMSF) a partir das resoluções aprovadas em suas reuniões ordinárias e extraordinárias que tratam

diretamente sobre a APS, no intuito de verificar como este monitora e avalia a execução destas resoluções e como elas têm causado impacto no cotidiano da Atenção Primária em Saúde do município de Fortaleza. Desta forma a inquietação que estimula esta pesquisa surge no intuito de avaliar como o CMSF tem se relacionado com a APS através de suas resoluções.

Após a aprovação das deliberações nas reuniões do Conselho de Saúde é necessário que seja realizado um monitoramento e avaliação destas resoluções como forma de garantir sua realização, pois sem estes processos corre-se o risco de muitas vezes estas deliberações não surtirem o efeito esperado. Isto é passível de ser problematizado considerando que se elas não forem implementadas em formato de medidas administrativas terão apenas um caráter burocrático.

Assim, é seguindo esta problematização que nos propusemos em realizar este estudo, no intuito de compreender como estes procedimentos têm ocorrido no CMSF, e assim poder de alguma forma contribuir para a melhoria da interação deste conselho com a APS do município de Fortaleza, através de uma reflexão sobre como as resoluções deliberadas por esta instância tem influído na melhoria do cuidado em saúde na APS e também refletir como o CMSF vem monitorando e avaliando estas deliberações.

Foram pesquisados documentos oficiais do CMSF, as resoluções, que nos permitiu identificarmos que durante o período estudado as resoluções que tratavam sobre APS representavam 28,85%, e que destas 57,57% destas resoluções sobre APS correspondiam a projetos e programas de governo, ressaltamos como resultado desta pesquisa a fragilidade da APS nas discussões no espaço do CMSF.

Esperamos, no entanto, esta pesquisa levantar questões que qualifiquem do ponto de vista democrático esta interação entre Estado e Sociedade Civil, a partir da participação social nos Conselhos de Saúde.

2 ESTADO, SOCIEDADE CIVIL E DEMOCRACIA: ITINERÁRIOS HISTÓRICOS DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

2.1 Estado, sociedade civil e democracia

Antes de iniciarmos uma discussão mais focalizada sobre Conselhos de Saúde, entendemos ser necessária uma breve retomada dos conceitos de Estado, sociedade civil e de como estes conceitos se relacionam com a democracia. Isto se faz importante, pois o campo de atuação dos Conselhos de saúde se dá dentro do Estado com a participação de representantes da sociedade civil e isto só se torna viável em um ambiente com algum nível de democracia.

Retomando o pensamento clássico sobre Estado, encontramos em Aristóteles a definição do Estado como algo natural o que o diferencia dos sofistas e de Platão que afirmavam ser o Estado algo convencional. Aristóteles afirmava que os homens unem-se em sociedade instintivamente na busca de satisfazer suas necessidades, na “*pólis*” grega a palavra torna-se o instrumento de poder, “torna-se ela o instrumento político por excelência, chave de toda autoridade no Estado, o meio de comando e de domínio sobre o outrem”. (SOARES, p. 47, 2009).

No pensamento político moderno surge a questão do Direito Natural ou *jusnaturalismo* que se coloca no sentido de garantir limites aos poderes do Estado a partir dos direitos inerentes a natureza de cada indivíduo independente de sua participação política ou não, e que caberia ao Estado incorporar estes direitos naturais a sua estrutura. Dentro desta perspectiva temos um período de transição entre o “Estado natureza” e o “Estado sociedade” que é a busca do indivíduo em superar seu isolamento e se firmar em uma sociedade segura e estável surgindo aí à ideia do “pacto social” que é um modelo político que tenta garantir igualdade e segurança entre os indivíduos (SOARES, 2009).

Para Hegel, filósofo alemão nascido em 1770, que em sua vasta obra também refletiu sobre o Estado, trata desta questão argumentando que não o é apenas uma associação de indivíduos, ele se constitui em uma unidade orgânica de um povo. Hegel definia o Estado como uma extensão da Sociedade Civil, ou seja, esta gera o Estado. Este filósofo define a Sociedade Civil como um sistema de dependência universal em que os indivíduos dependem uns dos outros a procura de satisfazer necessidades individuais. O Estado para Hegel é um todo ético organizado, isto é, o verdadeiro, porque é a unidade da vontade universal e da subjetiva (SOARES, 2009).

No § 262 de a “Filosofia do Direito”, Hegel se refere ao Estado como a “ideia real, o Espírito, que se divide ele mesmo nas duas esferas ideais de seu conceito, a família e a sociedade civil, como em sua finitude” (SOARES, 2009; HEGEL, 2010).

Karl Marx na sua obra intitulada “Crítica da Filosofia de Hegel” se contrapõe a definição de Estado de Hegel, trazendo a tona uma concepção de Estado a partir da propriedade privada e da divisão social do trabalho. O Estado para ele, criaria as condições necessárias para o desenvolvimento das relações capitalistas. Marx argumenta contra o rebaixamento da universalidade do Estado e do direito à particularidade da propriedade privada. Em vez de degradar-se ao nível dos interesses privados, o Estado deve submeter esses interesses ao interesse comum, ou seja, ao próprio Estado. Marx afirma, “então, o direito consuetudinário da classe pobre, cujos costumes enraízam-se na universalidade da natureza humana, contra o pretense direito consuetudinário dos ricos, calcado na propriedade privada” (MARX, 2010, p. 28).

O conceito de Sociedade Civil surgiu no século XIX, por volta de 1820, como uma dimensão dualista capaz de expressar duas mudanças trazidas pela modernidade ocidental: a diferenciação entre as esferas econômica e familiar com a abolição da escravidão, e a diferenciação entre Estado e sociedade causada pela especialização sistêmica do Estado moderno. Assim, em sua primeira formulação, a sociedade civil é um conceito dualista, que expressa o início de um processo de diferenciação entre Estado e sociedade na Europa neste mesmo Século. (AVRITZER, 2012).

2.2 A formação da sociedade civil no BRASIL

No Brasil o termo sociedade civil só pode ser realmente aplicado a partir do início do século XX, pois no século anterior não se tinha uma clara divisão entre a esfera pública e a privada, porque neste período a grande propriedade rural confundia-se com a dominação política e econômica da sociedade brasileira e devido a isto, “nenhum processo de diferenciação social que conduzisse a uma idéia de separação entre grandes interesses privados e o Estado poderia ter surgido nesta situação” (AVRITZER, 2012, p. 384)

A formação da Sociedade Civil brasileira se dá em um contexto autoritário durante o processo de industrialização e urbanização nas décadas de 1940 e 1950 quando milhares de pessoas foram deslocadas do campo para as cidades de maneira atropelada.

No processo de deslocamento do campo para a cidade, a população de baixa renda foi despojada de direitos e alocada nas grandes capitais em lugares com pouco ou sem nenhum tipo de serviço público. A organização dos pobres brasileiros para lutar por serviços públicos é uma das origens da sociedade civil brasileira (AVRITZER, 2012, p.386)

No século XX o conceito de Sociedade Civil se transforma tomando uma forma bipartite, ou seja, se diferenciando tanto do mercado como do Estado. Para Gramsci o conceito de sociedade civil dá-se na idéia de uma luta pela hegemonia cultural no seio da sociedade civil.

As existências de Estados totalitários na América Latina tiveram a particularidade da intervenção em instrumentos associativos da Sociedade Civil como sindicatos, associações, em busca de garantir os interesses dos Estados ditatoriais tanto no plano econômico como na sociedade. Na América Latina e no Brasil o itinerário da Sociedade Civil “surgiu como um conceito tripartite adaptado às formas de diferenciação entre o mercado, o Estado e a sociedade que se consolidou na região ao longo do século XX.” (AVRITZER, 2012, p.384).

No Brasil durante o período de democratização, a relação do Estado com a sociedade civil encontrou um desafio que era o de manter uma relação corporativista, advinda desde a década de 1930 no governo Getúlio Vargas,

onde as estruturas da sociedade civil seriam institucionalizadas pela estrutura estatal ou tornar-se uma relação neopluralista em que a divisão do poder estaria bem mais espalhada dentro da sociedade.

Durante a ditadura militar brasileira de 1964 a 1988, o Estado implanta um modelo de modernização urbana e de políticas públicas voltado para uma tecnocracia estatal e este busca institucionalizar setores da classe média brasileira, porém

[...] os atores de classe média reagiram a esse projeto e organizaram formas de ação coletiva e associações para disputar esses elementos tecnocráticos. Economistas, médicos, advogados, professores universitários estavam entre os principais atores do processo de reorganização da sociedade civil brasileira (AVRITZER, 2012, p. 386).

Outro aspecto que levou à reorganização da sociedade civil brasileira foi à oposição dos setores liberais e de classe média à ausência de regras e *accountability* (transparência e prestação de contas) nos processos políticos e civis (AVRITZER, 2012).

Avritzer (2009) demarca a relação da sociedade civil brasileira e o Estado durante a redemocratização em duas fases, sendo a primeira entre as décadas 1970 e 1980 e início dos anos noventa, em que ocorre uma forte dualidade e luta por autonomia da sociedade civil, e uma segunda fase a partir de meados dos anos noventa onde se dá um aprofundamento da relação entre sociedade civil e Estado no Brasil.

Entre as décadas de 1970 e 1980, no Brasil, um conceito de autonomia da sociedade civil em relação ao Estado toma conta de vários movimentos, dentre eles o da saúde.

Esta dimensão de autonomia mostrou-se muito forte durante o autoritarismo e influenciou um conjunto de movimentos, entre os quais cabe destacar o associativismo comunitário, o movimento de saúde, o movimento da reforma urbana e quase todos os movimentos com a presença de ativistas da igreja católica. Mas a verdade é que este movimento pela autonomia social não sobreviveu à democracia com a mesma concepção com que surgiu (AVRITZER, 2012, p. 386).

Esta autonomia dizia respeito à

[...] tentativa de propor formas de administração de políticas sem a participação do Estado. Assim, o movimento sanitarista de São Paulo durante a primeira metade da década de 1980 propôs uma forma de organização das políticas de saúde independente do Estado. Por mais difícil que seja visualizar como seria a organização desta política pública, o fato de a proposta existir expressa bem o assim chamado 'espírito da época'. Ainda durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, havia grupos propondo a organização de serviços de saúde independentemente do Estado (AVRITZER, 2012, p.389).

Era um momento de propostas de radicalização desta autonomia em relação ao Estado, o movimento da reforma sanitária no Brasil é um exemplo de luta da sociedade civil em busca de uma independência do estado, esse período do vai de 1975 a 1985, ano da convocação da Assembléia Nacional Constituinte (ANC).

A ANC (1985-1988) foi um marco para a constituição da Sociedade Civil no Brasil, esta assumiu um caráter participativo, se comparado ao período ditatorial anterior, “a ANC permitiu emendas populares e desencadeou uma campanha popular para obtenção de assinaturas para muitas propostas ligadas às políticas públicas” (AVRITZER, 2012, p. 390), um grande exemplo foi a criação do SUS que foi instituído com uma emenda constitucional com pouco menos de sessenta mil assinaturas, esta iniciativa obrigou o Estado a universalizar o acesso dos brasileiros, que “apesar da inserção tardia da subcontratação para o setor privado, o movimento de saúde foi muito bem sucedido dentro da Assembleia Constituinte” (AVRITZER, 2012, p. 390).

Uma segunda fase da relação Sociedade Civil e Estado no Brasil deu-se a partir da década de 1990 onde ocorreu o aprofundamento das relações democráticas e os atores superaram a demarcação entre Estado e Sociedade e passam a interagir em espaços como os conselhos de políticas públicas, sendo os Conselhos de Saúde exemplos desta superação na política de saúde no Brasil.

2.3 O Controle Social como estratégia de relação entre sociedade civil e Estado brasileiro

Neste tópico buscaremos abordar a relação do Estado e a Sociedade Civil no intuito de compreender os conceitos de participação e controle social, no sentido de compreender como o Estado absorve as demandas advindas da sociedade civil. Portanto, delimitar estes conceitos torna-se necessário, pois encontramos diversas concepções referentes a eles.

O termo controle social nos remete a pensar sobre formas de controle sobre a sociedade ou controle desta sobre o Estado, assim, para esta análise partimos de uma visão *gramsciana* em que temos uma relação dialética entre Estado e sociedade civil, em que o Estado é concebido como sociedade política. E que em uma concepção de Estado ampliado teríamos a junção desta sociedade política com a sociedade civil em uma relação de coerção e consenso (WANDERLEY, 2012). Para Gramsci o que há entre sociedade civil e Estado é uma relação orgânica e não uma oposição bipolar, a verdadeira disputa e oposição ocorre pela disputa entre as classes sociais e é a partir desta disputa que identificamos o controle social (CORREIA, 2005).

Correia (2005) descreve o conceito de controle social como um conceito advindo da sociologia com que submete e disciplina os indivíduos a uma ordem moral e determina padrões sociais. No entanto, sob a perspectiva das ciências políticas este conceito torna-se ambíguo, pois pode nos trazer a ideia de controle do Estado sobre a sociedade ou da sociedade sobre o estado.

O controle social se dá através deste conceito de Estado ampliado em que instituições da sociedade civil participam de espaços institucionalizados ou não juntamente com membros da sociedade política, esta participação é influenciada por diversos fatores.

A participação é algo entronizado na vida em sociedade e assume uma amplitude de significados, podemos ter a participação desde espaços micros, como a participação familiar, até uma participação mais macro em que

se influi em processos maiores das sociedades como leis e políticas públicas (SCOREL; MOREIRA, 2012). Estas autoras classificam a participação como,

[...] relação que envolve uma tomada de decisão, por ténue que seja, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – familiar, afetivo, cultural, econômico ou político (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 853).

Percebemos que a existe uma diferença entre o termo controle social e participação, o primeiro intimamente ligado a esta relação entre Sociedade Civil e Estado em uma disputa pelo controle e dominação e o segundo como atitude individual ou coletiva, mas estes se encontram de alguma forma ligados em sua manifestação social.

2.4 Controle social no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde

No Brasil a afirmação da participação popular surge através de um processo histórico de lutas da sociedade por direitos que se acentuaram a partir da década de 1970, período em que o Brasil estava imerso em uma truculenta ditadura militar onde os direitos da população foram renegados. Neste período o país era governado por atos do poder executivo que suprimiam os direitos democráticos da sociedade brasileira (SCOREL, 2012).

O modelo de saúde adotado no Brasil em 1970 segundo Andrade, Barreto e Coelho (2013) ainda guardava conceitos que advinham desde a República Velha, quando em 1923 a lei Elói Chaves criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) dando início a um atrelamento do setor saúde com a Previdência Social, em um sistema seguro de saúde que evoluiu até a década de 1970 com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), durante este período apenas os trabalhadores formais tinham acesso aos serviços oferecidos pelo sistema de seguro saúde, restando aos demais, as entidades filantrópicas e os poucos hospitais públicos existentes, privilegiava-se os espaços hospitalares com uma forte participação da área privada da assistência.

Verificava-se também uma grande dicotomia entre o prestador de assistência médica, que na década de 1970 concretizava-se no INAMPS, ou seja, oferecia serviços médicos individuais, e o Ministério da Saúde (MS) que tinha apenas uma função de prevenção e controle de doenças não prestando serviços de assistência individual. Assim, diante destes aspectos encontramos um grande tensionamentos devido ao processo de exclusão de parte da população do direito à saúde (ESCOREL, 2012).

Neste período frente a este quadro do setor saúde no Brasil ora relatado, surgem às propostas para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tendo como cenário o movimento sanitário que articulava, acadêmicos, profissionais de saúde e setores populares além de movimentos nacionais, como as “Diretas Já”. E acontecimentos como a vitória de Tancredo Neves no colégio eleitoral serviram para ampliação de forças para a RSB.

Em 1983 criam-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) que se pautavam por convênios entre MS, INAMPS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), trazia a diretriz de participação da população organizada em colegiados de gestão: Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), nos Estados, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Interinstitucional Local de Saúde (CLIS).

Posteriormente com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), em 1987, que tinha como função iniciar a descentralização dos serviços do INAMPS, incorporando alguns pressupostos da RSB, dentre eles a participação de sindicatos, associações, entidades comunitários, porém, não foi regulamentado o que gerou lacunas na interpretação de quem teria assento nestas instâncias (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Em meio a estes acontecimentos no ano de 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, esta conferência se coloca como marco da participação popular em saúde no Brasil, tornando-se importante na luta pelo direito universal a saúde, em seu relatório final a participação popular

apresenta-se como pressuposto importante para garantia do direito a saúde sendo compreendido como “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986, p. 4)”. Traz ainda a prerrogativa da “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 1986, p. 5).

Assim, a concepção de participação que a VIII Conferência Nacional de saúde exprime em seu relatório coloca a sociedade em uma posição estratégica onde sua participação é garantida desde a formulação da política de saúde até sua execução, colocando a população em uma posição de protagonista da política de saúde. Nesta conferência, pela primeira vez além dos técnicos e prestadores de serviços também participaram os usuários (ESCOREL, 2012).

Em 1988 como resultado do processo desencadeado pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira a Constituição Federal (CF) traz em seu artigo 196 o reconhecimento do direito a saúde da população brasileira, através de um conceito amplo e integral de saúde. Em seu artigo 198 a CF concretiza este direito à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui como diretrizes: “I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral [...]; III- **Participação da comunidade**” (BRASIL, 2006 p. 7, grifo nosso). a partir daí a participação da comunidade no SUS tornou-se um preceito constitucional.

Nesta conferência de saúde subverteu-se “o conceito de controle social, que passou a ser entendido como uma consequência da participação de representantes eleitos da comunidade”, a partir deste momento temos o início da conformação do controle social que viríamos ter no SUS (LABRA; 2010, p.183).

Após o estabelecimento do SUS na CF, tornou-se necessário regulamentar seu funcionamento e operacionalização pelos entes da federação (União, estados e municípios), é neste intuito que surgem as Leis Orgânicas Saúde (LOS) sendo elas a leis federais 8080/90 e 8142/90. A lei 8080 entrou em vigor em 19 de setembro de 1990, dispondo “sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2006), regulando as

ações e serviços de saúde, e mais uma vez reafirmou a participação da comunidade em seu artigo 7 dentro dos princípios e diretrizes a serem perseguidos pelo SUS (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2012).

A Lei 8142/90 entra em vigor em dezembro de 1990, pois apesar dos avanços trazidos pela lei 8080 esta não trazia a forma como a participação da comunidade seria operacionalizada dentro do SUS, e desta forma cria duas instâncias de colegiadas: a “Conferência de Saúde” e o “Conselho de Saúde” em cada esfera de governo. Segundo o Texto desta lei a Conferência de Saúde constitui-se a cada quatro anos no intuito de propor diretrizes para a formulação de políticas, já os Conselhos de Saúde são permanentes e atuam na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e suas decisões deverão ser homologadas pelo chefe do executivo. Além disso, esta norma estabelecia que tivessem assentos nestas instâncias usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço, garantindo paridade dos usuários com as demais representações.

Os atos dos conselhos de saúde devem ser homologados pelo chefe do poder executivo ao qual o conselho de saúde se vincula, Labra (2010) nos adverte sobre esta dificuldade alegando que o poder decisório no Brasil está nas mãos dos representantes eleitos pelo povo e, portanto, a concretização das deliberações aprovadas pelos conselhos, que são suas resoluções depende uma complexa junção de fatores e para que estas cheguem às populações e comunidades podem levar muitos anos.

Em 2008, decorridos pouco mais de 20 anos de criação do SUS e da edição das Leis Orgânicas da Saúde, os 5559 municípios do Brasil já contavam com Conselhos de Saúde, os 27 Estados da federação também possuem Conselhos Estaduais de Saúde além do Conselho Nacional de Saúde. O Brasil possuía em 2008, 7.2952 conselheiros de saúde titulares (SCOREL; MOREIRA, 2010), segundo Goulart (2010) a modalidade de participação social institucionalizada no sistema de saúde no Brasil apresenta muitos problemas baseando-se em pesquisa realizada em 2008 pela Escola Nacional de Saúde Pública sendo estes:

[...] predomínio das aprovações por votação, e não por consenso, baixa oferta e realização de capacitação dos conselhos, funcionamento como espaço de representação corporativa [...], pautas induzidas pelo gestor sob a forma de pacotes [...] inexistência de projeto próprio para a saúde (GOULART, 2010, p. 21).

A partir da grandeza destes números começamos a refletir sobre sua natureza avaliando a participação nestas instâncias, neste sentido não basta realizarmos esta reflexão a luz dos parâmetros legalistas, pois podemos chegar sempre à conclusão de que estes não são deliberativos e as decisões acontecem em cenários fora dos conselhos e conferências.

Ressalta ainda que para além das leis e regras administrativas existem as regras tradicionais e o relacionamento entre os diversos atores, a área de saúde foi o setor que mais intensamente reivindicou esta prerrogativa e também a que mais precocemente a incorporou em seus mecanismos (CORTÊS, 2010).

Vasconcelos (2010) nos rememora sobre o grande avanço que os conselhos e as conferências representaram para participação no âmbito da saúde, servindo mesmo como exemplos para outros setores das políticas públicas, porém adverte que os conselhos e as conferências tem se detido mais em debater

[...] temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e não tem contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade (VASCONCELOS, 2010, p. 271).

Diante destas reflexões o mesmo autor ressalta o processo de burocratização destes espaços, além de um forte embate de seus participantes, levando a uma dificuldade de participação por parte de membros dos movimentos sociais além de distanciar os conselheiros de suas bases (VASCONCELOS, 2009).

O Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA, 2010), órgão ligado a Presidência da República relata em publicação de 2010, um arrefecimento na participação de movimentos populares e trabalhadores

assalariados nos conselhos de saúde de desde a oitava Conferência Nacional de Saúde.

2.5 Atenção Primária em Saúde: história de um novo “modelo” de cuidado em saúde para mundo

O termo Atenção Primária em Saúde é cunhado na Conferência de Alma-Ata, em 1978, que definiu em sua declaração final os cuidados primários em saúde como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Durante a Conferência de Mundial de Saúde em Alma-Ata discutem-se os crescentes gastos na assistência médica com um alto adensamento tecnológico e grandes investimentos em modelos hospitalocêntrico, não trazendo impactos aos indicadores de saúde das populações.

Foi nesta Conferência que os debates sobre APS tomaram corpo, a partir daí as ideias de Alma-Ata se difundiram por todo o mundo, através da Organização Mundial de Saúde (OMS) e diversas instituições que possuíam os mais diversos interesses neste novo modelo.

Podemos considerar coexistência de quatro tipos de APS: a APS seletiva em que encontramos programas focalizados e seletivos, com serviços restritos e cestas básicas de serviços disponibilizados para determinados nichos da população, geralmente esta parcela da população é a mais pobre além da baixa densidade tecnológica nestes espaços e com dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção, podemos ainda encontrar uma APS onde esta é um dos níveis de atenção médico ambulatorial não especializado,

que pode ou não possuir ações de amplo espectro de saúde pública, ou seja constitui-se apenas como porta de entrada para um sistema de saúde complexo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Já a modalidade de APS dita integral ou abrangente estabelecida em uma concepção de modelo de sistema de saúde como uma modalidade que visa à integralidade e a promoção da saúde para além dos serviços de saúde, a última forma de APS seria uma abordagem de saúde e direitos humanos que se aplicaria a modelos de APS onde a saúde se constitui com um bem inalienável das populações que possuem acesso a serviços amplos de promoção de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2012; OPAS, 2008).

Starfield (2002) considera um conjunto de atributos para atribuir qualidade a APS, assim distribuído: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família, competência cultural.

Corroborando com esta questão, Giovanella e Mendonça (2012) explicam estes atributos

[...] prestação de serviços de primeiro contato, a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico paciente ao longo da vida; garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 502).

A partir da Conferência de Saúde de Alma-Ata vários países iniciaram a construção de sistemas de saúde pautados na Atenção Primária em Saúde, porém várias instituições ligadas ao sistema financeiro mundial como a fundação Rockefeller e Banco Mundial via *United Nations Children's Fund* (UNICEF), no intuito de baratear as ações em saúde na APS, produziram duras críticas à declaração de Alma-Ata taxando-a de pouco propositiva, procuram a partir destas críticas produzirem uma complementação ao que havia sido proposta na conferência, surgindo assim a o que se denominou APS seletiva, diminuindo os custos em APS, caracterizando-a,

Por um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar as proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 498).

Rovere (2012) lista como principais resultados da Conferência de Alma-Ata, a mudança relevante em alguns indicadores sanitários em escala mundial, um incremento significativo de profissionais de saúde trabalhando fora dos hospitais e a inclusão de novas categorias profissionais no trabalho comunitário, redefinição das práticas de muitas profissões de saúde como a própria medicina (generalista e médicos de família), novas práticas odontológicas, psicológicas, de enfermagem, incorporação de pessoas da própria comunidade no trabalho como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, como ponte de diálogo entre a saúde pública e a medicina com também com carreiras da área da saúde que eram mais fechadas ou elitistas. Desenvolvimento de tecnologias mais apropriadas como soros de hidratação oral, novas vacinas, multiplicação dos centros de saúde, a presença de experiências de participação social com características de autogestão, cogestão e controle social, experiências de intersetorialidade com áreas como meio ambiente, agricultura, educação, habitação, economia social e cultura.

Starfield (2002) relata a necessidade de se utilizar uma APS com uma abordagem orientada para a comunidade, no intuito de que as abordagens meramente clínicas em APS, não conseguem atingir os determinantes de saúde da população. Assim, para a implementação desta abordagem comunitária é necessário um acompanhamento muito próximo das necessidades da comunidade, pois há a necessidade de se promover a participação da comunidade para que esta possa interagir nas mudanças e nas decisões sobre suas necessidades de saúde. Trata-se, portanto, de uma APS orientada para a comunidade denominando-a de “COPC- *Community –oriented Primary Care*” (STARFIELD, 2002, p. 537), com ênfase no ajuste de programas para atender necessidades específicas das comunidades, ressalta ainda uma participação comunitária através de capacitações para as comunidades no intuito de intervir nestas necessidades.

Segundo Feo (2012) a participação 'real' da comunidade é ponto chave para o sucesso da APS descrevendo da seguinte maneira,

Hay también la necesidad de participación real de las comunidades y organizaciones sociales. Un elemento em el fracaso de la APS fue la ausencia o instrumentalización de la participación, cooptada por el pensamiento hegemónico, que hace que todos hablan de participación, pero no la haya em realidad. La participación es un problema de poder y de capacidad real para decidir. Participación, redistribución del poder y capacidad de decisión son fatores claves para una verdadera participación transformadora² (FEO; 2012, p. 354).

Sobre esta questão da participação social na APS, Paim (2012, p.345) indaga "de que forma a APS se põe do lado do fortalecimento dos novos movimentos sociais e integra suas demandas e expectativas nos novos equilíbrios sociedade-Estado que se insinuam na década atual?" e este responde que no caso do Brasil o movimento pela Reforma Sanitária não esteve no Estado e sim na sociedade civil e nos movimentos sociais, mas que atualmente os movimentos sociais não estão suficientemente articulados para tal empreitada.

Nos últimos anos diversas tentativas de revigorar a APS foram feitas pela OMS/OPAS, Banco Interamericano de desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial, Ministros da Saúde e chefes de estado com ações voltadas para controle de doenças crônicas na construção de redes de atenção coordenadas pela APS (PAIM, 2012)

Em publicação de 2008, intitulada de "Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas", que é um documento de posicionamento da OMS/OPAS sobre o tema faz-se a seguinte justificativa:

² "Há também a necessidade de uma participação efetiva das comunidades e organizações sociais. Um elemento do fracasso da APS foi a ausência ou instrumento de participação, cooptadas pelo pensamento hegemônico, que faz todos mundo falarem sobre a participação, mas na verdade não a tem. A participação é um problema do poder real da capacidade de decidir. Participação, redistribuição do poder e tomada de decisão são Fatores chave em uma real participação transformadora "

Há diversos motivos para se adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para abordá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a ser mais eficaz; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; e um crescente consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas geradoras de saúde precária e de iniquidade (OPAS; 2008, p. 2).

Este documento adverte que a América Latina sobrecarregou o seu sistema de saúde e que apesar dos avanços ainda persistem muitas iniquidades nesta região, revela ainda uma mudança no perfil epidemiológico da região, recomenda um sistema de saúde baseado em rede com uma APS que seja coordenadora desta mesma rede (OPAS, 2008).

2.6 Atenção Primária à Saúde ou da Atenção Básica: pressupostos políticos e ideológicos para um novo modo de fazer saúde no Brasil

No Brasil cunha-se o termo Atenção Básica (AB) para referir-se a APS no Sistema único de Saúde (SUS), na busca de diferenciar as propostas do movimento sanitário das propostas difundidas por organizações internacionais que pregavam a APS seletiva.

Segundo Heiman e Mendonça (2008, p. 487) tratando sobre a concepção de AB defendem que “esta concepção supera a proposição preventivista e se fundamenta no paradigma da determinação social da doença” além de enfatizarem que a diferença entre AB e APS é de “fundamentação política e ideológica” (HEIMAN; MENDONÇA, 2008, p. 487). Porém Paim (2012) afirma que a questão não é a terminologia, pois o Brasil terminou se submetendo a lógica de uma APS seletiva, com “intervenções de pobre para pobre”, ou seja, implementação de uma medicina simplificada.

A APS no Brasil desenvolveu-se, como em outros países em desenvolvimento na perspectiva de Centros de Saúde com foco limitado a ações preventivistas. Esse modelo foi difundido na América Latina pela Fundação Rockefeller nas décadas de 1930 e 1940, levando o Brasil a criar

centros de saúde e unidade de Serviço de Saúde Pública (SESP) com financiamento desta fundação. Nestes centros não era prestada assistência médica, com exceção de doenças venéreas e tuberculose por conta do contágio (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na década 1970 em consonância com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, surgem experiências importantes em APS estimulados pela conferência de Alma-Ata. Este encampado pelos departamentos de Medicina Comunitária de várias universidades que desenvolveram projetos baseados em APS junto às comunidades como foi o Projeto Montes Claros que neste período apontava possibilidades de um novo modelo organizacional dos serviços de saúde (ESCOREL, 2012).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012) a APS passa a ser pautada na década políticas de saúde no Brasil através do Projeto de interiorização das Ações de Saúde (PIASS), que através de convênio entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e prefeituras municipais construía unidades básicas de saúde no Nordeste e Sudeste para promover aumento da cobertura em saúde.

Muitas das características que encontramos na APS no Brasil foram conformadas em experiências de saúde comunitária nesta década. Neste sentido, Vasconcelos (2010, p. 275) destaca as seguintes práticas: “a valorização da ação educativa de agentes comunitários de saúde da própria comunidade, formas grupais de enfrentamento de problemas de saúde específicos e conselhos de saúde.”

Na década seguinte, ou seja, em 1980 com o processo de transição antes da criação do SUS, as Ações Integrais em Saúde (AIS) produziram uma maior descentralização dos serviços na perspectiva de aliar ações preventivas com as de assistência, que neste período ainda aconteciam no âmbito do INAMPS, assim, as AIS promoveram uma aumento da cobertura de saúde, pois financiavam a construção de centros de saúde.

No início dos anos 1990, com o início da implementação do SUS, o processo de descentralização com foco na municipalização é bastante

discutido, pois neste momento o poder político decisório na área de saúde se desloca em direção aos municípios. No entanto, vale salientar que na década de noventa ideários neoliberais tomavam grande eco no contexto político nacional trazendo propostas de redução dos gastos públicos, propondo assim uma espécie de contrarreformas do Estado o que colocava em cheque o direito a saúde conquistada pela RSB.

Neste período a OPAS/OMS difundiu um modelo para APS no intuito de superar o modelo médico privatista, denominado Sistemas Locais de Saúde (Silos), que tinha como foco o planejamento local das ações, propunha também de forma inovadora a abordagem interdisciplinar em saúde, na busca de redesenhar a oferta de serviços a partir das necessidades epidemiológicas identificadas (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Na busca desta reestruturação organizacional do sistema de saúde brasileiro e do direito universal e integral a saúde tendo a Atenção Básica como eixo estruturante para estes princípios é que surge em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Norte e Nordeste.

O PACS possuía como trabalhadores os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que eram pessoas da própria comunidade selecionadas informalmente, vinculados a unidades básicas e supervisionadas por um profissional de formação de nível superior em enfermagem. Eles tinham como principais atribuições cadastramento da população, diagnóstico da comunidade, identificação de áreas de risco e promoção de ações de proteção à saúde da criança e da mulher. Iniciou-se, assim, o início da mudança do foco das ações de saúde centradas fortemente apenas na figura do profissional médico, após incorporação de suas atividades nos sistemas de informação do SUS, o que garantia ao município financiamento federal para suas ações proporcionando também uma avaliação de suas atividades, o que demonstrou à necessidade de uma maior articulação destes com os sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Atualmente, o trabalho dos ACS é regulamentado pela Lei Federal 1057 de 10 de junho de 2007 e em seu artigo segundo, define que a profissão de ACS no Brasil, “caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS”.

Na atualidade o Brasil mantém como principal ferramenta de operacionalização da Atenção Básica a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve seu início em nosso país a partir da Portaria 692 do Ministério da Saúde (MS) de dezembro de 1993, denominado nesta portaria como Programa Saúde da Família (PSF), que no início estruturou-se apenas em municípios de pequeno porte tendo.

Neste primeiro momento chamado a PSF manteve um forte caráter restritivo de APS, possuindo uma grande capacidade de absorver a demanda reprimida da atenção básica, porém com baixa capacidade de integralidade das ações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica do MS, regulamentada pela Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, reconhece a ESF como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2012).

A ESF que em 1994 estava presente em apenas 55 municípios saltou para uma cobertura de 5285 em março de 2011, partindo de uma população coberta de um milhão de pessoas em 1994 para 101 milhões de pessoas com atendimento por esta estratégia. Isto demonstra que é inegável a expansão de acesso da população brasileira à APS, que segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009, p. 803), “a Estratégia Saúde da Família é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária”, sendo esta no Brasil um modelo coletivo de atenção primária de um sistema de saúde de amplitude nacional.

Em 2011 o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, onde estabelece normas para organização da Atenção Básica para a ESF e PACS. Esta Portaria reafirma a ESF como estratégia prioritária pra organização da Atenção Primária e ressalta como fundamentos destes o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, integralidade das ações, aprofundar as relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população adscrita, garantindo continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, estímulo a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012).

Deste modo, a ESF pode significar um instrumento de fortalecimento da participação popular nas comunidades onde as EqSF atuam, pois podem fomentar a criação de conselhos locais de saúde (ANDRADE, BARRETO; COELHO, 2013), além da proximidade com o cotidiano das populações vem “possibilitando a emergência e expansão de práticas de saúde dialogadas entre a população e os profissionais de saúde” (VASCONCELOS, 2010). .

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a aprovação e a implementação das resoluções referentes à Atenção Primária em Saúde emitida pelo Conselho Municipal de Saúde Fortaleza no período de 2001 a 2012.

3.2 Específicos

- Listar as resoluções aprovadas e publicadas sobre APS no período de 2001 a 2012;
- Verificar a proporção entre as resoluções publicadas sobre APS e as que dizem respeito a outros assuntos no período de 2001 a 2012;
- Avaliar que resoluções sobre APS, foram implementadas no Município de Fortaleza no período de 2001 a 2012;
- Estabelecer paralelo entre as resoluções sobre APS do CMSF e os governos municipais implicados no período

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Este estudo filia-se a pesquisa do tipo documental, exploratório e descritivo pois ao analisarmos as resoluções do CMSF que tratam da AB no período de 2001 a 2012, estamos tratando de colocar em destaque, ou seja, revelar resoluções que são documentos oficiais frutos da materialização das decisões do CMSF.

Deste modo, a pesquisa documental é classificada por Gil (2011) como “Registro Institucional Escrito” ligado a instituições governamentais, este também lista vantagens deste tipo de pesquisa: possibilita o conhecimento do passado, possibilita a investigação dos processos de mudança social e cultural, permite a obtenção de dados com menor custo e favorece a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos (GIL, 2011, p. 153).

No entanto, ancoramos o mesmo em uma abordagem quantitativa e qualitativa, tendo em vista que a mesma nos ajudará na articulação entre a realidade empírica onde são produzidas as resoluções do CMSF sobre AB e a teoria dantes estruturada nos capítulos de fundamentação teórica, ou seja, o corpo conceitual produzido pelo arcabouço teórico sobre a temática em questão.

Esta escolha permite-nos, de acordo com Bosi e Mercado (2007), na área da saúde e das ciências humanas e sociais, reconhecer um movimento intelectual no século XX que se opõem as pesquisas de cunho positivista sendo neste movimento que ocorre a expansão das pesquisas qualitativas, propondo uma dialética entre o sujeito epistêmico e o fenômeno estudado (BOSI; MERCADO, 2007).

Esta vertente adere às finalidades em responder as pesquisas que tratam da “história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produzidas das interpretações que os humanos

fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo” (MINAYO, 2010, p.57).

Também, interferiu em nossa escolha em trabalhar com pesquisa qualitativa neste projeto, pelo fato de haver pouca produção científica sobre o relacionamento entre Atenção Básica e os instrumentos deliberativos dos conselhos de saúde, pois segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa nos “permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos” (MINAYO, 2010, p. 57).

Porém, lançamos mão dos aspectos quantitativos para responder os objetivos do estudo, pois verificar a quantidade de resoluções publicadas pelo CMSF que tratavam sobre APS e qual sua proporção com as demais resoluções aprovadas neste período, requer um olhar para uma série histórica dos processos que os atores pactuaram ao longo do período estudado.

Vale destacar, que o objeto deste estudo, nos remete ao relacionamento da Sociedade com o Estado, tendo em vista que ele concentra-se no estudo da implementação das resoluções do CMSF e como estas têm impactado sobre a APS do município de Fortaleza. Nesta perspectiva podemos caracterizá-lo como estudo de base social, pois se define como “o processo que utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social” (GIL, 2011, p. 26). Nesta mesma linha de abordagem, este mesmo autor, nos diz que a realidade social estudada define-se como todos os aspectos que envolvem a vida do homem, suas relações com os outros humanos e destes com instituições sociais.

Assim, trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa que se caracteriza por ser exploratória e descritiva, exploratória, pois pretendemos uma aproximação dos instrumentos deliberativos do CMSF, denominadas resoluções, que tratam da APS, além de identificar como ocorre a avaliação e monitoramento destas resoluções tentando ainda verificar a associação da publicação das resoluções com os impactos nas políticas de saúde na APS (GIL, 2011).

4.2 Cenário da pesquisa

O Estudo foi realizado através de fontes do Conselho Municipal de Fortaleza, o município de Fortaleza é a capital do Estado do Ceará, que conta com uma população de 2.452.185 habitantes segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010). A mesma está dividida administrativamente em 06 (seis) Secretarias Regionais (SRs), contando com 92 Centros de Saúde da Família, tem como estruturas de Controle Social no SUS o Conselho Municipal de Saúde e vinculado a este 06 Conselhos Regionais de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde.

No município de Fortaleza a normatização do controle social no SUS se dá com o decreto N° 8.417 de 05 de dezembro de 1990, que instituiu a formação do Conselho Municipal de Saúde. Assim, percebe-se que o município se adéqua a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 para a formação do conselho de saúde e segundo Oliveira (2006) a primeira reunião do CMSF se deu no dia 27 de março de 1991.

Deste modo, podemos identificar algo de interessante no aspecto da participação popular nesta cidade, ou seja, a criação dos Conselhos Locais de Saúde, sendo este fato normatizado no ano de 2000 através de um Decreto de No. 10.842 de 31 de junho deste ano, que propunha a criação de conselhos locais nas unidades de saúde municipais dentre elas as unidades básicas de saúde.

Já o funcionamento destes conselhos locais foi regulamentado pela Resolução N° 10 de 09 de janeiro de 2001 do Conselho Municipal de Saúde Fortaleza, que estabelece a necessidade destes conselhos possuírem regimentos internos, e que eles devem obedecer à paridade estabelecida pela Lei 8.142/90, vetar a participação de profissionais de saúde no assento de usuários, afirma ainda que a infraestrutura deste seja de responsabilidade da SER a qual pertence à Unidade e da própria Unidade de Saúde. Estabelece também eleição direta dos conselheiros com discussão prévia na Unidade e na comunidade, além de mandato de dois anos para os conselheiros (FORTALEZA, 2001).

Segundo o regimento interno do CMSF, este é composto 24 conselheiros titulares com seus respectivos suplentes, com a seguinte representatividade: 03 representantes do governo municipal, 03 prestadores de serviços, 06 representantes dos trabalhadores da saúde e 12 representantes dos usuários do SUS de Fortaleza, o que legalmente esta de acordo com a Lei 8.142 de 1990 que determina uma paridade de 25% para gestores e prestadores de serviço, 25% para trabalhadores da saúde e 50% dos assentos dos conselhos aos usuários do SUS (FORTALEZA, 2006).

Administrativamente, o CMSF está dividido nas seguintes estruturas, quais sejam, mesa diretora, que tem a responsabilidade de coordenar todos os processos do CMSF, secretária executiva que assessora o conselho administrativamente, comissões permanentes que realizam discussões temáticas no intuito de analisar e propor matérias para o conselho, o plenário do conselho, que é sua instância máxima de decisão sendo composto da reunião de todos os conselheiros e o responsável pelas deliberações do legais. Este cabe aprovar ou desaprovar, recomendações, resoluções e moções, realizar reuniões ordinárias, que ocorrem uma vez a cada mês e extraordinárias que são convocadas a partir da necessidade do conselho (FORTALEZA, 2006).

O período escolhido para análise no estudo foi entre os anos de 2000 e 2012, pois este compreendeu o último mandato do prefeito Juraci Magalhães do Partido do Movimento Democrático Brasileiro entre os anos 2000 e 2004. E, os dois mandatos consecutivos de chefe do executivo municipal em Fortaleza, a prefeita Luizianne Lins, do Partido dos Trabalhadores que ocorreu de 2005 a 2012.

O Estudo foi realizado no ano de 2014, entre os meses de janeiro e março do referido ano.

4.3 Coleta de dados

As resoluções do CMSF, atas de reuniões do CMSF e Relatórios de Gestão foram às fontes que serviram como substrato para esta pesquisa, as mesmas foram coletadas no arquivo do CMSF e no site deste Conselho e também junto a Assessoria de Planejamento da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza.

Os critérios de inclusão foram: a) as resoluções aprovadas em reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas entre os anos de 2001 e 2012 e b) resoluções que tratem apenas sobre a APS, foram contempladas as Atas das reuniões em que foram aprovadas estas resoluções. Assim, excluíram-se todos os outros quesitos quem não atendem estes critérios.

A escolha das Atas que consta a aprovação das resoluções dos anos de 2001 a 2012 deu-se como forma de contextualizar o processo de aprovação e os impactos destas na APS do município de Fortaleza respectivamente.

Por último realizamos análise dos relatórios de gestão deste período no intuito de buscar dados da aplicabilidade das resoluções na política de saúde do município de Fortaleza. Pois os relatórios de gestão são instrumentos de gestão para prestação de contas, previstos na Lei 8.142 de 1990 que estabelece juntamente com a Lei 8.080 de 1990 a necessidade de análise deste instrumento por parte do Conselho como pré-requisito para recebimento de verbas do governo federal para a área da saúde.

4.4 Análise dos dados

A corrente de pensamento a qual nos vincularemos para análise dos dados obtidos nesta pesquisa esta vinculado ao materialismo histórico dialético, que busca entender os fenômenos sociais a partir de sua historicidade reconhecendo a dinamismo destes fenômenos nas sociedades onde estes se materializam (MINAYO, 2010).

A dialética marxista é fruto dos estudos de Karl Marx, pensador alemão do século XIX, que durante seus estudos praticou uma crítica à dialética hegeliana. Novack (2006, p. 62) define que

A dialética se baseia num ponto de vista completamente diferente e tem uma visão distinta da realidade e suas formas variantes. É a lógica do movimento, da evolução, da mudança. A realidade está demasiadamente cheia de contradições, demasiadamente fugida. Cada fase particular da realidade constrói suas próprias leis, seus sistemas de categorias particulares, como as que compartilham de outra fase. Estas leis e categorias devem ser descobertas por uma investigação direta da totalidade concreta, não podem ser pensadas ou produzidas pela mente antes de ser analisada na realidade material. Além do mais toda realidade está em contínua mudança, descobrindo novos aspectos de si mesma, que devem ser tomados em conta e que não podem se enclausurados em velhas fórmulas porque não só são diferentes, mas em detalhes contraditórios entre elas.

A utilização desta corrente nesta pesquisa se justifica dentro da perspectiva de que desejamos investigar se as resoluções aprovadas pelo CMSF que tratam sobre APS foram implantadas nas políticas de saúde, compreendendo estas resoluções como produtos de uma instituição que é o CMSF e que este também é fruto de um processo histórico de luta por democracia em nosso país. E que neste espaço convive uma contínua contradição da sociedade civil e Estado, por este motivo realizamos uma investigação que levou em conta os processos políticos vivenciados pela sociedade durante a aprovação destas resoluções, devido à compreensão que a realidade se modifica em cada um desses períodos.

Primeiramente, os dados quantitativos foram organizados em tabelas, demonstrando o número de resoluções publicados em cada ano do período de 2001 a 2012, além de demonstrar a proporção das resoluções sobre APS com relação às demais resoluções. Também dividimos as resoluções em categorias a partir de suas temáticas em seguida realizamos uma discussão destas a partir das Atas das reuniões que as aprovaram. Esta quantificação não foi meramente ilustrativa, pois demonstramos em qual a gestão elas foram aprovadas e como se organizou a gestão municipal nestas neste período.

Outro passo foi à verificação da implementação das resoluções, para isso resgatamos os relatórios de gestão do período estudado, a partir destes relatórios caracterizamos o ambiente da APS no município de Fortaleza em cada um dos anos do período estudado. Cabe ressaltar a limitação do relatório de gestão como instrumento de governo e com este instrumento o gestor, muitas vezes, demonstrar como a gestão está sendo realizada.

Neste sentido, encontramos mais uma vez a contradição estabelecida pela dialética, pois o Relatório de Gestão é aprovado no CMSF, que muitas vezes não questiona o que foi aprovado e que realmente está sendo efetivado. Para completar nossa análise também foi vista as Atas que continham a aprovação das resoluções no intuito de avaliar a dinâmica e o contexto no qual se deu esta aprovação.

Após a ordenação destes dados iniciamos a análise a partir da classificação de todo este material inicialmente através de uma leitura horizontal e exaustiva dos textos, onde se buscou um primeiro contato com o conteúdo do material coletado. E depois realizamos uma leitura transversal do que foi extraído em um primeiro momento na busca de inter-relacionar os diferentes textos com o material empírico encontrado na pesquisa de campo, com intuito de relacioná-las com o arcabouço teórico que foi exposto na revisão de literatura deste estudo.

4.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e obteve sua aprovação, por meio do parecer de N.º 501.488, atendendo as Normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de N.º 466/12. A coleta de dados foi autorizada pela SMS de Fortaleza e pelo Conselho Municipal de Saúde deste Município. Foi apresentando e assinado o termo de fiel depositário no momento da coleta de dados junto ao CMSF.

Vale ressaltar que os nomes dos conselheiros e usuários que surgiram no material de coleta de dados, foram preservados no intuito de não haver constrangimento e garantir os princípios da boa ética em pesquisa e do cumprimento das Normas Éticas emanadas da Resolução que autorizou a realização deste estudo no CMSF. É propósito nosso, posteriormente, submeter ao plenário do Conselho Municipal de Saúde para conhecimento do conteúdo deste estudo.

5 RESOLUÇÕES APROVADAS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA QUE TRATAM SOBRE APS NO PERÍODO DE 2001 E 2012

Neste capítulo apresentaremos as resoluções que foram aprovadas pelo pleno do CMSF no período de 2001 a 2012, no intuito de avaliar como elas estão distribuídas ao longo deste tempo histórico.

5.1 Distribuição das resoluções aprovadas pelo CMSF entre os anos de 2001 a 2012

Após pesquisa bibliográfica junto ao banco de dados do CMSF, através de incursões em seu arquivo e no site deste conselho na internet encontramos a frequência de publicação geral de resoluções durante os anos de 2001 e 2012 que esta descrita na Tabela abaixo.

TABELA 1 – Distribuição da quantidade de Resoluções Aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde no período de 2001 a 2012. Fortaleza – Ceará, 2014

Ano	Quantidade de resoluções	N%
2001	07	4,63%
2002	06	3,97%
2003	17	11,25%
2004	22	14,56%
2005	17	11,25%
2006	14	9,27%
2007	19	12,58%
2008	10	6,62%
2009	05	3,31%
2010	12	7,94%
2011	08	5,29%
2012	14	9,27%
Total	151	100%

Fonte: arquivo do CMSF (2001 a 2012)

Dos dados acima temos um total de 151 resoluções aprovadas no pleno do CMSF no período de 2001 a 2012. Estas resoluções representam o resultado das discussões realizadas no pleno do conselho e que se transformam neste instrumento normativo no intuito de realizar recomendações ou deliberações sobre as políticas públicas de saúde. O Conselho Nacional de Saúde em sua resolução 453 de 2012 recomenda que,

O Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário (BRASIL, 2012).

Dentre estas resoluções, portanto, nosso objetivo é extrair as resoluções que tratam sobre Atenção Primária em Saúde, para isso levou-se em consideração a definição de APS da Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que a define assim:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p.19).

Deste modo, conseguimos identificar 33 resoluções que tratavam diretamente sobre a APS aprovadas no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, no período estudado. Estas são apresentadas em seguida na Tabela 02, sendo que este número de resoluções compreende 21,85% do total, enquanto, o restante das resoluções tratava de outros aspectos da política de

saúde do município. Assim, faremos a partir agora uma análise do que representa esta proporção e quais as temáticas tratavam estas resoluções.

TABELA 2 – Distribuição das Resoluções aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde que tratam sobre Atenção Primária a Saúde entre 2001 a 2012 e seu respectivo quantitativo. Fortaleza – Ceará, 2014

Ano	Quantidade de resoluções	n%
2001	04	12,12%
2002	01	3,03%
2003	02	6,06%
2004	04	12,12%
2005	03	9,09%
2006	05	15,15%
2007	06	18,18%
2008	01	3,03%
2009	01	3,03%
2010	00	00%
2011	02	6,06%
2012	04	12,12%
Total	33	100%

Fonte: arquivo do CMSF (2001 a 2012)

Com relação à temática das resoluções sobre APS neste período realizamos uma categorização a partir do que encontramos como responsabilidade do Conselho de Saúde descrito na resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde e das funções da APS que estão descritas na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esta categorização está descrita no Quadro 1.

Como resultado percebeu-se uma massiva quantidade de resoluções que tratam sobre planos, projetos e programas de governo chegando a um número de 19 resoluções, o que corresponde a 57,57% do total de resoluções aprovadas no período. E em seguida, com 12,1% das resoluções encontrou-se a categoria das que tratam sobre a organização dos Conselhos Locais de Saúde nas Unidades de Atenção Primárias em Saúde do Município de Fortaleza.

As demais resoluções diluem-se em outras temáticas em menor número, distribuindo-se em mais sete outras categorias como demonstramos no Quadro 01 que se encontra no apêndice A.

A partir deste quadro realizaremos uma análise destas categorias, e destacamos que não avaliaremos a implementação destas resoluções aqui, no entanto, faremos na próxima sub-capítulo.

QUADRO 1 – Distribuição e frequência das categorias temáticas obtidas na análise das resoluções sobre APS do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza entre 2001 a 2012

Categoria	Nº	%
Planos, Programas e projetos	19	57,57%
Organização dos Conselhos Locais de Saúde (Controle Social na APS)	4	12,1%
Negociações de trabalhadores do SUS na APS	3	9,09%
Fóruns de discussão de linhas de cuidado na APS	2	6,06%
Fiscalização e acompanhamento de ações e serviços na APS	1	3,03%
Movimentação de recursos financeiros	1	3,03%
Contratação de Profissionais para APS	1	3,03%
Qualificação de equipes de Saúde da Família	1	3,03%
Conferência de Saúde	1	3,03%
Total	33	100%

Fonte: Dados da pesquisa

5.1.1 Apresentação das resoluções aprovadas pelo CMSF que tratam sobre aps com a temática de planos, projetos e programas

O Fato de encontrarmos um grande número de resoluções tratando sobre projetos governamentais nos mostra um aspecto importante a ser analisado aqui neste estudo, qual seja, será que estes espaços estão servindo apenas para legitimação de questões emanadas pelos governos?

Em uma concepção liberal de sociedade civil, esta é vista como algo homogênea, sem levar em consideração os antagonismos de classes e sua relação com o Estado se dá em busca de um “bem comum”, o que transforma os conselhos em espaços de confirmação de políticas estatais.

Segundo Bravo e Correia (2012, p. 136) nesta perspectiva “os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, que em vez de controlar passam a ser controlados” e que

[...] nesta perspectiva, os conselhos e conferências perdem o sentido original de seu papel de ser um espaço de controle de setores organizados na sociedade civil sobre as ações do Estado, para que este incorpore as demandas da maioria da população (classes subalternas) (BRAVO; CORREIA, 2012, p.136).

O cenário da representação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza não pode ser considerado homogêneo, pois segundo o Regimento Interno é composto por uma série de representações de atores sociais (ANEXO B), que segundo Cortês (2010), dividem-se em atores sociais que são representados nos conselhos de saúde por profissionais e trabalhadores de saúde, trabalhadores, não especificamente da área da saúde, associações comunitárias, movimentos sociais, ONGs, entidades de portadores de patologias, deficiências, étnicas e de gêneros e os atores de mercados representados por prestadores de serviços privados, empresários, seguradoras de saúde.

Esta composição do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza pode se constatada no anexo b, mas apesar desta heterogeneidade de representações o conselho tem se comportado como percebemos nesta pesquisa de maneira a discutir preferencialmente programas planos e projetos advindos do executivo municipal.

Landerdhal *et al.* (2010) estudando resoluções emitidas por um conselho de saúde entre os anos de 2003 e 2006 também encontrou em seu estudo uma alta proporção de aprovação de projetos e programas do poder executivo.

Com relação à temática dos programas e projetos aprovados e transformados em resoluções encontramos projetos assistenciais referentes aos vários ciclos de vida, como saúde do idoso, da mulher, da criança, do adolescente, saúde materno infantil, programa de combate a carências

nutricionais. Também encontramos programas ligados à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, como o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Redes de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), que é uma iniciativa do Ministério da Saúde financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), com o objetivo de apoiar a estruturação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, projetos para construção de novas Unidades Básicas de Saúde, Programa de Expansão do Saúde da Família (PROESF).

E ainda verifica-se ainda a presença de programas voltados para educação permanente e capacitação dos trabalhadores da APS, dentre eles programas de Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família, capacitações em áreas específicas como vigilância sanitária, prevenção de impacto de fortes chuvas, pré-natal, humanização e acolhimento com classificação de risco para os profissionais do ESF e educação popular em saúde.

Apenas um programa tratava de ações intersetoriais, qual seja, o projeto Escola e Saúde, com intuito de trabalhar na escola municipais aspectos nutricionais, imunização e autocuidado de adolescentes.

As temáticas destes projetos nos remetem a uma reflexão sobre aspectos da APS desenvolvida no município de Fortaleza neste período, levando-se em conta a classificação proposta por Giovanella e Mendonça (2012) da APS, encontramos um forte traço de uma APS seletiva em que,

Programas focalizados e seletivos como cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno-infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação, e imunização, e por vezes complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 494).

Tanto Mendes (2012) quanto Giovanella e Mendonça (2012) realçam a importância de sete atributos para uma APS de qualidade, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família,

orientação comunitária e competência cultural. No entanto, dentre as resoluções aprovadas e suas temáticas encontramos traços destes atributos.

Com relação ao primeiro contato que diz respeito à acessibilidade aos serviços de APS podemos destacar programas de humanização e classificação de risco no ano de 2007 e o Projeto Cirandas da Vida e de educação popular como componentes da competência cultural e orientação comunitária que são atributos que se relacionam a compreensão dos contextos socioeconômicos e culturais e o estabelecimento de relações culturais com as comunidades, a integralidade e longitudinalidade. O primeiro projeto diz respeito à promoção e prevenção junto às comunidades e o segundo em relação ao acompanhamento ao longo do tempo das comunidades e famílias nos programas dos diversos ciclos de vida (saúde da mulher, idoso, adolescente, criança).

Quanto à coordenação do cuidado e a focalização da família, o primeiro diz respeito à continuidade da atenção e a comunicação com as redes de atenção e o segundo com relação à família ser o centro do cuidado, não encontramos evidências nas resoluções aprovadas destes atributos da APS.

Percebemos assim uma série de programas governamentais apresentadas ao CMSF em busca de implementar uma APS que ora se dá com uma orientação seletiva em outras mais próxima da APS integral, isso depende do momento político e histórico que se dá a aprovação destas como veremos mais a frente, além disso o que notamos é uma tomada de boa parte da pauta do conselho com iniciativas governamentais em detrimento as da sociedade civil, demonstrando assim um controle do Estado sob este espaço.

5.1.2 Organização dos Conselhos Locais de Saúde (Controle Social na APS)

A segunda temática com maior quantidade de resoluções representada por 12,1% das resoluções aprovadas sobre APS no CMSF no período estudado, está o tema da organização dos Conselhos Locais de Saúde, que consta em 04 resoluções neste período.

Assim, podemos destacar que a participação comunitária é um princípio que vem permeando a APS desde a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, que lançou em sua declaração, pressupondo referente à “participação comunitária e a democratização dos conhecimentos” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; p. 497). Para Goulart (2010) o conceito de participação social nesta conferência “se soma e até se confunde as palavras de ordem geradas no evento, particularmente atenção primária em saúde” (GOULART, 2010, p. 20).

Deste modo, a primeira resolução encontrada, cronologicamente, versa sobre a criação do regimento para os Conselhos Locais de Saúde como na Resolução N° 02 de 2001. Vale ressaltar que a criação destes conselhos se deu em 31 de julho de 2000 através do decreto 10.842, que segundo Fedozzi (2010) ao analisar fatores sobre a fragilidade e descrédito de espaços participativos como os dos conselhos de saúde, ressalta que quando criadas a partir de vontades exógenas a dos atores sociais, estas características se sobressaem.

Todavia, percebemos neste estudo a dificuldade na infraestrutura destes Conselhos Locais de Saúde, como relata a resolução de N° 45 do CMSF no ano de 2004 que delibera no intuito de que “na estrutura física de todas as Unidades Públicas de Saúde seja destinada uma sala para uso exclusivo dos Conselhos Locais de Saúde equipada com computador, impressora, telefone /fax, material de escritório e expediente”.

Para Soratto, Witt e Faria (2010, p.1231),

A construção do controle social dentro de um espaço participativo local de saúde torna-se muito importante para a população, pois ampliará ainda mais a descentralização das decisões e a população poderá acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela respectiva ESF, todavia, não se pode restringir a ele a solução de todos os problemas enfrentados na saúde.

Outra dificuldade observada é com relação à vitalidade destes conselhos locais, pois verificamos duas resoluções tratando de processo de revitalização dos conselhos locais de saúde, a resolução N° 63 do CMSF de

2005 e a resolução N° 04 de 2006. A primeira deliberando sobre a deflagração de um processo de revitalização destes espaços e a segunda tratando do processo de Assembléias nas Unidades Básicas de Saúde para eleição e revitalização destes Conselhos Locais.

Segundo Mendes (2012, p. 97) “o controle social exercitado por Conselhos Locais de Saúde, ou inexistente, ainda é muito frágil”. Este mesmo autor afirma que a atuação destes conselhos é ineficaz por não contar com instrumentos efetivos do exercício do controle social sobre o ESF, esta fragilidade acarreta na adoção de “um controle cartorial sem a capacidade real de incluir, no cotidiano da gestão ESF, as necessidades reais os interesses da população adscrita às equipes de saúde da família” (MENDES, 2012; p. 97).

No tange a questão dos Conselhos Locais de Saúde, ao verificarmos as atas de aprovação das resoluções de número 63 de 2005 e da resolução número 04 de 2006 sendo, respectivamente a 76ª reunião ordinária do CMSF e 86ª reunião ordinária do CMSF, em ambas as atas, constata-se uma aprovação sem discussão sobre este processo de revitalização.

E em maior parte das duas reuniões referidas, encontramos um debate com membros do governo sobre denúncias trazidas por conselheiros representantes dos usuários. No trecho a seguir, extraído da ata de aprovação da resolução numero 04 de 2006 reuniões, destacamos uma delas.

[...] dá um informe sobre o processo de revitalização das Unidades de Saúde, fala que o processo de revitalização do Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde Filgueira Lima irá ocorrer no dia 24 deste mês e as inscrições estão abertas do dia 13 ao dia 22 para os usuários; para os agentes de saúde, e profissionais de nível médio, superior e governo e as vagas já estão devidamente encaminhadas. Informa que como Conselheiro acompanha o desabafo das pessoas sobre o mau atendimento das Unidades de Saúde, porém desta vez foi ele próprio que teve um problema da saúde: no dia 2 de março teve um início de AVC, com seqüelas na perna direita, dirigiu-se a um Posto de Saúde e o clínico geral iria encaminhá-lo para um especialista, porém passou mal e foi levado para o Frotinha de Parangaba, mais ou menos às 11:30h, lá foi um caos, pois neste não havia médicos para prestar atendimento. Segundo ele, tinha gente acamada na fila, em cadeira de rodas, uma situação lastimável (TEXTO EXTRAÍDO DA ATA DA 86ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMSF, 2006).

Este trecho da Ata, no faz refletir sobre as discussões do pleno do Conselho, a exemplo da citação anterior, pois durante as reuniões permanecem as mesmas na individualidade dos conselheiros. Pois podemos perceber que no trecho da Ata é que o conselheiro informa rapidamente sobre a questão da revitalização e adentra mais profundamente na denúncia para o representante gestor presente na reunião. Em um trecho mais adiante desta Ata há um registro da fala do gestor prometendo apurar os fatos.

Sobre o problema citado pelo Conselheiro [...] comunica que anotou o dia e a hora do plantão para apurar o fato, este Hospital tem no mínimo 8(oito) médicos em plantão, dois clínicos gerais, dois cirurgiões, dois traumatologistas e dois anestesistas, sem contar a escala do pessoal de rotina, considera muito estranho em um determinado horário não existirem médicos (TEXTO EXTRAÍDO DA ATA DA 86ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMSF, 2006).

Dentro deste raciocínio Escorel e Moreira (2010) refletem sobre o papel dos segmentos na arena de disputas do Conselho de Saúde, quando os gestores pretendem dominar o conselho com a utilização de termos técnicos e com o poder conferido através do voto conferido nas eleições. Porém, os profissionais de saúde se colocam como fundamentais na prestação de serviços a comunidade, e por fim os usuários tentam controlar com a quantidade de vagas que ocupam nos conselhos, 50% das representações, e por vezes, colocam em segundo plano os processos deliberativos de interesse coletivo.

Esta disputa na arena participativa do conselho tem gerado uma crise representativa nos Conselhos de Saúde como refere Vasconcelos (2010),

no clima do debate que costuma predominar nos conselhos e conferências de saúde, exige-se dos participantes um amplo e sofisticado conhecimento dos meandros das instituições envolvidas para que seus posicionamentos sejam considerados, o que dificulta em muito a participação de ativistas que ainda não acumularam este conhecimento.

Nesta discussão, encontramos elementos da relação do Estado, representada pelos conselheiros gestores e a sociedade civil que se faz representada pelos usuários, que para Junior e Gerschman (2013) a relação entre esses dois pólos se dá de forma assimétrica, pois o Estado tem em seu

âmbito o poder das classes dominantes que através deste domina e explora as classes subalternas. E para Pereira Neto (2012), no tocante a esta questão ao realizar pesquisa em um Conselho Municipal de Saúde, concluiu que a “política do favor domina a cultura política dos representantes dos usuários”.

Deste modo percebemos que a falta de infraestrutura e vitalidade nestes Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde, remete a frágil cultura democrática em nossa sociedade (AVRITZER, 2012), pois

A institucionalização por si só pode não garantir nada, se não existir anteriormente e durante a construção do processo um diálogo libertador, capaz de motivar as pessoas a lutarem pelos seus direitos de cidadania. Assim, para que se efetivem o controle social e a incorporação da população nesse processo, e preciso lembrar que o lugar da cidadania e onde tudo deve ser visto. E fundamental que ocorra a socialização das informações necessárias à compreensão das várias situações que envolvem as necessidades de saúde de determinada região, para que possam ser pensadas propostas de solução para os problemas identificados (SORATTO; WITT; FARIA, 2010, p. 1238).

Notamos assim uma fragilidade institucional no que se refere ao CMSF, tanto em suas estruturas como também na vitalidade deste, o que traz uma perna quanto ao poder de barganha com o executivo municipal, tornando-se assim subserviente ao grupo político que ocupa o paço municipal.

5.1.3 Negociações de trabalhadores do SUS na APS: espaço de garantia de direitos?

Encontramos três resoluções sobre esta temática, a resolução de No.05 do ano de 2009 e a Resolução de N.º 01 de 2011, ambas as resoluções tratam da admissão de agentes comunitários de saúde no município de Fortaleza, após seleção pública para este cargo ocorrida em 2007 e a Resolução de N.º 01 de 2012 que trata de restituição de valores descontados de uma servidora municipal.

As duas primeiras resoluções dizem respeito ao direito adquirido pelos ACS através da emenda constitucional N.º 51 de 14 de Fevereiro de 2006, regulamentada pela Lei Federal nº 11.350 de 06 de outubro de 2006, que

afirma a não necessidade de realizar seleção pública para contratação de ACS que no período da publicação destas Leis estiverem exercendo esta função.

Ao analisar a Ata de aprovação da resolução de número 05 de 2009, que foi na reunião ordinária de N.º 123^a do CMSF em 2009, percebemos em trecho de discussão da resolução relatos em apoio à causa dos ACS. Assim, descrita:

O Conselheiro [...], fala que esteve presente nessas discussões dos agentes de saúde como representante da comissão de implementação do controle social e durante as discussões o mesmo esteve procurando nos arquivos das regionais cadastros dos concursados e não conseguiu encontrar nenhum dos nomes desses profissionais, no entanto existem provas de que os processos ocorrerão. O conselheiro deixa aqui registrado o apoio à causa desses profissionais (TEXTO EXTRAÍDO DA ATA DA 123^a REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMSF).

Em outros trechos desta mesma Ata, em que conselheiros se colocam contra a contratação deste ACS como no trecho, “A Conselheira Edvalda Silva se diz contra essas contratações dos quarenta agentes de saúde, pois contratar pessoas que muitas vezes não cumprem seus papéis.”

Também, percebemos outro fato que achamos importante ressaltar que foi a tentativa da presidente do CMSF, neste período, em manobrar a discussão quando um membro do conselho tenta colocar uma pauta,

A Conselheira [...], pede que os conselheiros sejam mais sucintos, pois a Sra. Edilene Sales representante da SEMAM, não pode ser penalizada quanto ao tempo de sua apresentação. O Conselheiro [...], rebate a questão do tempo pois assuntos como esse dos profissionais agentes de saúde necessitam de tempo devido seu grau de relevância (TEXTO EXTRAÍDO DA ATA DA 123^a REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMSF).

Esta situação nos remonte novamente ao que expomos anteriormente quando a sobrepujança das questões governamentais em detrimento das deliberações advindas das demandas do conselheiros, aparecem visivelmente nos textos acima descritos.

5.1.4 Fóruns de discussão de linhas de cuidado na APS

Deste modo, a resolução N.º 06 de 2001, que trata da deliberação sobre a Carta de Saúde Mental e Qualidade de Vida, elaborada no Encontro: “Saúde Mental Coletiva em Fortaleza”, e a resolução N.º 08 de 2006, que trata de deliberar sobre documento preliminar para discussão dos Fóruns Regionais de Políticas de Saúde Bucal para o município de Fortaleza, compõem o quadro de composição destes fóruns.

A concepção de linhas de cuidado esta vinculada a construção de uma malha de cuidados ininterruptos a saúde em um caminho pelas redes assistenciais, através de cuidados progressivos que visam a garantir a integralidade à atenção. Este conceito busca a quebra dos paradigmas dos programas verticais de saúde que historicamente fizeram parte da saúde pública em nosso país (BRASIL, 2012).

Quanto à Resolução N.º 06 de 2001 encontramos em seu texto referências a linha de cuidado em Saúde Mental na APS do município de Fortaleza. Nesta podemos perceber no trecho a seguir que, “a atuação dos serviços deve ser integrada, de modo sistemático, a programas sociais-públicos e sócio-comunitários, sobretudo a Estratégia de Saúde da Família-ESF e às experiências de saúde mental comunitária.” Este trecho nos coloca uma percepção de uma APS Integral, em que se nota a inclusão de determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades e participação comunitária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OMS, 1978). Assim, o cuidado em saúde faz parte da APS, sendo esta porta de entrada para esta linha de cuidado, permitindo a aproximação do sistema de saúde com a vida das pessoas (BRASIL, 2012)

Já a Resolução N.º 08 de 2006 que trata da aprovação de um documento preliminar para fóruns regionais de saúde bucal, sendo esta resolução aprovada na 86ª Reunião Ordinária do CMSF. Em análise da Ata desta reunião, encontramos apenas o trecho a seguir que trata da saúde bucal.

Pergunta se há algum questionamento sobre esta Resolução e põe em processo de votação, sendo aprovada. Faz a leitura da proposta de Resolução nº 08, que aprova a instalação do Projeto de Saúde Bucal, pergunta se há questionamentos sobre esta Resolução, não havendo questionamentos põe em processo de votação e esta é aprovada (TEXTO EXTRAÍDO DA 86ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMSF).

Percebemos no trecho acima a maneira em que foi aprovada esta resolução, sem debate sobre o texto aprovado para os fóruns regionais e de forma atropelada, mais uma vez percebeu-se uma recusa em debater questões apresentadas no conselho. Referente a isto, trazemos a reflexão de Vasconcelos (2010) sobre a dificuldade dos conselhos em realizarem debates sobre o cotidiano das comunidades e de como se torna difícil para os conselheiros usuários participarem da discussão técnica de uma linha de cuidado.

Junior e Gerschman (2013) corroboram com esta idéia, argumenta questão, ou seja, a criação de uma tecnocracia no Estado representada por técnicos da estrutura governamental especializados em temas específicos para elaboração de projetos e documentos governamentais. Isto tende a dificultar a participação dos cidadãos comuns que não dominam os jargões próprios destas especificidades.

A formação desta tecnocracia no Estado favorece o domínio deste sobre a sociedade civil, pois esta tecnocracia surge justamente para dificultar a participação de setores da sociedade como os movimentos populares e devido à utilização de jargões e técnicas não aprendidas nas camadas populares dificulta o entendimento e participação dos usuários.

5.1.5 Fiscalização e acompanhamento de ações e serviços na APS: o que está em jogo?

Esta temática conta com uma resolução, que trata de deliberação sobre denúncia feita ao CMSF sobre uma gestora de Unidade Básica de Saúde com relação a maus tratos da mesma em relação aos usuários (Resolução N.º 01 de 2012).

Em análise da Ata que aprova tal Resolução a 145^a Reunião Ordinária do CMSF em 2012, percebemos um acalorado debate sobre a situação da gestora da Unidade Básica de Saúde onde há relatos de uma visita de fiscalização a Unidade, qual seja, “A Comissão realizou visita a Unidade de Saúde, logo de início foi mal recebida pelo o porteiro da Unidade” em que os conselheiros obtém informações de usuários e funcionários, em seguida, debate-se a situação da gestora e percebe-se uma dificuldade quanto gestão da Unidades Básicas de Saúde. Portanto, destacamos abaixo um trecho da Ata em que a representante do governo municipal se coloca nesta discussão,

Acrescentou que até certo ponto concorda com a avaliação apresentada pela Comissão, ou seja, que houve realmente uma discriminação e o equívoco com relação à Coordenadora, da não compreensão do que significava o curso que a mesma tinha e tem de nível superior. Curso esse denominado de Gestão e Sistema de Saúde. [...] Afirmou ainda que faz dois anos que uma nova Coordenadora assumiu a Unidade de Saúde, sendo que já solicitou da Secretaria da Saúde um acompanhamento e que em breve o referido Posto estará de fato a serviço da população (TEXTO EXTRAÍDO DA 145^A REUNIÃO ORDINÁRIA DO CMSF).

Nesse trecho, percebemos a dificuldade por parte da gestão em traçar o perfil do gestor da Atenção Primária, sendo que a discussão fica na peleja da questão do nível superior ou não da gestora. Neste sentido, Mendes (2012) reforça a idéia do fortalecimento gerencial da APS, pois este é um dos fatores para que tenhamos uma APS estruturada como estratégia de organização do SUS.

5.1.6 Movimentação de recursos financeiros

No período pesquisado encontramos apenas uma resolução tratando da temática de recursos na APS no CMSF, que se encontra na Resolução 01 do ano de 2001 e em seu texto aprova a retirada do Piso da Atenção Básica (PAB) das Unidades de Saúde do Estado. O PAB consiste na parcela de recursos financeiros repassados aos municípios pelo governo federal para o financiamento das atividades na Atenção Básica.

Percebemos neste caso uma dificuldade do Conselho em acompanhar despesas feitas pelo município na APS, pois encontramos em 12 apenas uma resolução tratando deste tema específico.

Os recursos financeiros são instrumento de poder, uma baixa intervenção no que diz respeito a estes recursos na APS nos remonta a uma dificuldade do CMSF em intervir na aplicação destes recursos e demonstra mais uma vez a “mão” forte do executivo municipal.

5.1.7 Qualificação de equipes de saúde da família e contratação de profissionais para APS

Agrupamos estas duas temáticas neste item por tratarem de assuntos ligados a contratação de trabalhadores para a APS, trata-se de duas resoluções, a primeira de 2007 de N.º 14 delibera sobre a qualificação de 33 novas equipes de saúde bucal modalidade I, a segunda do ano de 2012, deliberando sobre a contratação de seis médicos e um dentista para um Centro de Saúde da Família.

A qualificação de equipes de saúde bucal é uma etapa necessária para a criação de novas equipes de saúde bucal, pois esta estratégia é critério da linha de financiamento do Ministério da Saúde pra recebimento de recursos para este programa. No caso da Resolução N.º 14 de 2007, trata-se de equipe de saúde bucal modalidade I, que compreende uma equipe composta por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2012). Esta demanda de pessoal atende uma demanda advinda da gestão municipal e não algo solicitado pelo CMSF.

Já a resolução de N.º 01 de 2012 é o resultado de uma solicitação do Conselho Local de Saúde de um Centro de Saúde da Família como comprovamos no corpo desta resolução, de acordo com o seguinte trecho:

[...] o relatório da Comissão de Recursos Humanos do Conselho Municipal de Fortaleza quanto à solicitação do Conselho Local de Saúde do CSF Fernando Façanha sobre a contratação de 6 (seis) médicos e 1 (um) dentista.

O que demonstra a existências de conselhos locais de saúde ativos e atuantes neste período, a resolução também leva em consideração aspectos de base populacional para a deliberação.

[...] que a abrangência territorial do CSF Fernando Façanha tem mais de 29.700 (vinte e nove mil e setecentas) famílias cadastradas, bem como tem por volta de 350 demandas diárias, e, nesse contexto, apenas há apenas 2 médicos do PSF e 1 médico na Unidade. (RESOLUÇÃO 01 DE 2012 DO CMSF)

A contratação de profissionais é algo ligada à assistência a saúde na APS, verificamos a presença de uma resolução que vem da gestão municipal e outra que surge a partir de uma comissão do CMSF, onde percebemos que a partir do próprio texto da segunda resolução uma dificuldade de acesso a serviços de saúde no município.

5.1.8 Resoluções com a temática centrada em conferências de saúde

Outra temática que encontramos no estudo foi sobre o cumprimento de questões aprovadas em Conferências de Saúde. A resolução N.º 07 do ano de 2008 trata sobre este tema, abordando a escolha de gestores para as Unidades Básicas de Saúde no município de Fortaleza.

A análise do texto da resolução nos remonta a reflexões importantes a cerca dos conselhos de saúde, primeiramente observamos a necessidade de autoafirmação deste colegiado como órgão deliberativo e de cogestão como percebemos no trecho a seguir

No uso de suas atribuições conferidas pelas leis orgânicas da saúde, sobretudo a Lei nº 8142, atuando como verdadeiro órgão deliberativo e cogestor, assumo sua responsabilidade em debater os rumos da política de saúde do município e inicie o debate a respeito das reiteradas decisões das Conferências a cerca do processo de escolha para as coordenadorias dos CSF do município de Fortaleza (RESOLUÇÃO N.º 08, CMSF, 2008).

Na Ata de aprovação desta resolução, reunião ordinária do CMSF de N.º 113, encontramos o registro da fala de uma conselheira a cerca desta questão deliberativa no CMSF, descrito a seguir:

A Conselheira [...], representante das Entidades de Profissionais de Nível Superior, [...] A mesma também indagou que na Pauta estava escrito Resolução da Comissão de Implementação de Controle Social e não era uma Resolução de Comissão, mas sim do Conselho. **A mesma afirmou que a função da Mesa Diretora era de homologar a resolução e enviar para o Secretário acatar** (GRIFO NOSSO).

Observando o texto da Resolução verificamos que a temática de seleção pública para cargos de direção no SUS, surge na II Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza no ano de 1996, como o seguinte texto: “Seleção para os cargos de Direção do SUS aberta aos servidores, e com participação da comunidade com regulamentação própria, envolvendo perfil adequado ao cargo” (RESOLUÇÃO 08 DE 2008 DO CMSF), esta questão é retomada na III Conferência Municipal de Saúde em 1999, agora com solicitação de eleições para os seguintes cargos “Eleições da Coordenação e DNI das US pelos profissionais e comunidade”, na IV Conferência Municipal de Saúde mais uma vez em 2003, “Garantir a eleição para coordenadores de unidades de saúde e gerentes de Distrito de Saúde, obedecendo a um perfil previamente estabelecido”, e pela última vez, segundo a Resolução, em 2007 na IV Conferência Municipal de Saúde mais uma vez solicitando seleção pública para estes cargos, “Que os coordenadores de Unidade Saúde sejam escolhidos, por processo seletivo público e não indicados pela gestão.”

Por outro lado a mesma Resolução que se coloca a favor das solicitações das Conferências de Saúde, há um destaque que se traduz como uma de subserviência ao Estado, negado seu direito de deliberação como vemos no trecho a seguir,

Que o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza não pretende interferir no critério de indicação para o cargo de gestão dos Centros de Saúde da Família, porém compreende-se que chega o momento de iniciar o debate acerca da definição de pré-requisitos mínimos e a forma como esses cargos serão titularizados (GRIFO NOSSO) (VEJA OS GRIFOS SÃO A PARTIR DE ONDE?).

Mais uma vez nos deparamos entre a dialética da ação do Conselho de Saúde e a capacidade estatal de deliberação, que para Júnior e Gerschman (2013) apesar da Lei Federal 8142 de 1990 garantir a condição deliberativa dos conselhos de saúde, quem executa e aloca recurso para as políticas públicas são os poderes executivo em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal).

Para Côrtes (2010, p. 105) a simples conclusão de que conferências e conselhos não são espaços deliberativos, não nos revela o verdadeiro papel destes espaços dentro da dinâmica dos espaços participativos institucionalizados, apenas nos mostram o quão engendrado estão “comportamentos tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas na cultura política das instituições públicas brasileiras”.

A Resolução aqui em questão solicita mudanças na forma de escolha de gestores para Unidades de Saúde do SUS, dentre elas as que estão situadas no âmbito da APS, uma gestão qualificada a frente destas Unidades favorece ao melhor funcionamento e oferta de serviços com maior impacto social. Pois, segundo Mendes (2012, p.),

[...] a principal condição para melhoria gerencial da ESF é reconhecer que a gerência dos cuidados primários é uma tarefa altamente complexa e que exige conhecimentos, habilidades e recursos significativos para que se exercite com eficácia.

Esta Resolução surge, segundo o texto da Ata da reunião que a aprovou, a partir de debate sobre a gestão de um dado Centro de Saúde da Família, nele encontramos questões sobre os critérios para um gestor no SUS. Esta mesma, discussão é feita no item 5.1.5 quando tratamos da Resolução N^o 01 de 2012, o que nos leva a questionar os modos elegidos para indicação de cargos de gestão neste período do estudo.

6 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RESOLUÇÕES DO CMSF SOBRE APS NO PERÍODO DE 2001 A 2012

Neste capítulo nos deteremos ao processo de implementação das Resoluções aprovadas pelo CMSF que tratam sobre APS no período de 2001 a 2012, que foram apresentadas no capítulo anterior. Para esta tarefa nos valem os Relatórios de Gestão deste período. Partimos da compreensão de que o relatório de gestão é um documento governamental de prestação de contas, e por este motivo apresenta uma visão do sistema de saúde pela própria gestão, porém representa uma possibilidade de fiscalização e acompanhamento por parte da sociedade civil.

Neste intuito resgatamos os Relatórios de Gestão do município de Fortaleza dos anos de 2001 a 2012 que haviam sido analisados pelo CMSF, porém ressaltamos que o período de coleta de dados deste estudo se deu nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, após aprovação deste pelo comitê de ética, e até o fim deste período os Relatórios de Gestão dos anos de 2011 e 2012 ainda não haviam sido disponibilizados, pois ainda se encontravam em análise pelo CMSF.

6.1 Cenário político em Fortaleza e no Brasil e sua influência no objeto de estudo

A implementação das decisões tomadas no pleno do CMSF depende da execução por parte do poder executivo da Prefeitura Municipal de Fortaleza (JUNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Isto ocorre influenciado pelo processo político vivido em Fortaleza e no Brasil neste período de tempo, que de um modo geral nos ajuda em desenvolver reflexões sobre a atuação do CMSF, pois este é o espaço onde ocorre a mediação entre a sociedade civil e o aparelho estatal no que diz respeito às políticas de saúde (AVRITZER, 2012; ESCOREL; MOREIRA, 2012).

O lapso temporal deste estudo envolve diferentes administrações do município de Fortaleza, o primeiro período compreende o último mandato do prefeito Juraci Magalhães do PMDB entre os anos de 2001 a 2004, o outro período nos remete aos dois mandatos consecutivos da prefeita Luizianne Lins de 2008 a 2012.

O período entre os anos 2001 a 2004 representa o fim de um ciclo político iniciado em 1990 quando o prefeito Juraci Magalhães toma posse do cargo do executivo municipal após renúncia de seu antecessor Ciro Gomes. Assim, o prefeito Juraci Magalhães e seu grupo político estiveram à frente da gestão da PMF até o ano de 2004, perfazendo três mandatos no cargo de prefeito, correspondendo aos anos de 1992 a 1994, 1997 a 2000 e por último entre 2001 a 2004, período aqui estudado. Este último mandato foi marcado pelo desgaste do modelo de gestão deste grupo político, sendo alvos de diversas denúncias e dificuldades administrativas.

No plano nacional temos neste período também o fim de um ciclo, em 2002, qual seja, o fim o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) do Partido da Social Democracia do Brasil (PSDB) que estava no cargo desde 1995. E o início de um novo, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que iniciou seu governo no ano de 2003. Este fato político representou uma mudança nos rumos político administrativos do Brasil, pois o cenário do último governo (FHC) foi marcado pelo aprofundamento da reforma neoliberal iniciada no início da década de 1990 pelo governo Collor Melo.

Este modelo neoliberalismo é baseado na pequena interferência do Estado nas políticas públicas inclusive no que diz respeito aos direitos sociais como saúde, previdência e educação, que no governo FHC foi marcado pelas privatizações de empresas públicas como a Vale do Rio Doce, Telebrás, reforma da previdência e administrativa (CARDOSO; CAMPOS, 2013), entre outros.

O aprofundamento deste modelo no Brasil neste período, segundo Moroni (2010, p.250) demonstrando um contraste entre o que era defendido pelos movimentos sociais e o neoliberalismo com relação à descentralização e a participação popular,

O movimento social falava em descentralização no sentido do poder de decisão estar mais perto da população e não concentrado em 'Brasília', isto é, no município e não mais na União. Falava-se em participação das organizações da sociedade civil na definição das políticas de forma autônoma e independente. A concepção neoliberal entendia a descentralização como estratégia de enfraquecimento do Estado (desregulamentação) e a participação como meio de repassar para a sociedade atribuições do Estado, sobretudo na área social.

Após o governo FHC temos um novo ciclo que se inicia com o governo Lula do PT que permanece na presidência da república por dois mandatos de 2003 a 2006 e depois reeleito para o período de 2007 a 2010, período este englobado nesta pesquisa. Vale destacar que a eleição do governo Lula havia uma expectativa que o sistema descentralizado e participativo fosse implementado sua ampliação, pois o PT havia sido o principal canal partidário para construção do modelo de participação brasileiro (MORONI, 2010; AVRITZER, 2009).

Esta expectativa vem em função do Partido dos Trabalhadores ter sua origem na sociedade civil e, portanto, torna-se portador de suas demandas participativas (AVRITZER, 2009). O PT, herdeiro direto do associativismo revigorado nos anos de 1970 e 1980, teria atuado como cabeça de ponte da participação popular no sistema político, facilitando a inserção de práticas democratizantes da sociedade civil no Estado.

O PT tem em sua identidade representada pela crítica ao clientelismo propondo uma democracia participativa, levando o mesmo a adotar em suas administrações formas de participação no orçamento, na saúde na política urbana (AVRITZER, 2009).

Com esta representação partidário é que em 2005 assume a o cargo de prefeita da cidade de Fortaleza através de uma frente de esquerda encabeçada pelo PT, Luizianne Lins que toma posse em meio ao primeiro governo do presidente Lula. Este governo municipal, como o do presidente Lula, apresentava expectativas de mudanças quanto a aspectos como a participação popular. Em um segundo mandato, apoiada por uma ampla frente de aliança que envolvia partidos de várias tendências políticas a prefeita Luizianne Lins vence as eleições para o mandato de 2009 a 2012.

Avritzer (2009) argumenta que, para que sejam investigadas as causas dos sucessos e dos fracassos das políticas participativas das diversas administrações petistas, devem ser estudadas as realidades das administrações locais do PT, sobretudo, quanto à relação entre identidade e estratégia no nível local. E avalia que o PT, como todo partido político de esquerda e de massas de perfil socialdemocrata, teria passado pelo dilema de manter sua identidade sociopolítica, construída sobre o princípio da autonomia dos movimentos sociais dos quais seria originário, e ao mesmo tempo tornar-se competitivo no sistema político e a dimensão estratégica. As variações desses dois pólos (identidade e estratégia) deveriam ser consideradas no âmbito local (municipal e/ou estadual). Pois deste conjunto de fatores originou-se maior ou menor “vontade política” da seção local do PT e de seus governos municipais para com as “instituições participativas”.

Após este breve relato sobre as questões políticas que envolvem o período aqui estudado iniciaremos a avaliação da implementação das Resoluções sobre APS aprovadas pelo CMSF, organizando-as a partir do período de mandato do executivo municipal.

6.2 Avaliação da implementação das resoluções sobre APS aprovadas pelo CMSF entre 2001 e 2004

Iniciamos a avaliação da implementação das resoluções sobre APS com período compreendido entre os anos de 2001 e 2004, espaço de tempo este que coincide com o último mandato do prefeito Juraci Magalhães, como demonstrado na seção anterior. Segundo os relatórios de gestão deste período, os serviços de saúde estão organizados no nível primário, secundário e terciário. No nível primário encontrávamos as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros Integrados de Educação e Saúde (CIES).

Neste período encontramos um total de 52 resoluções aprovadas pelo CMSF, destas 11 tratavam especificamente de temas relacionados à APS, dá um percentual de 21% das resoluções aprovadas neste período, se levarmos a importância da APS na coordenação das redes de atenção a saúde (MENDES, 2012) pode considerar uma baixa quantidade de resoluções.

Iniciamos com o ano de 2001 onde encontramos 4 resoluções que tratam do tema da APS, sendo elas as resoluções de número 01, 02, 06 e 07, todas aprovadas no pleno do CMSF e não foi encontrada no relatório de gestão nenhum indicio de implementação do que estava deliberado por estes instrumentos normativos do CMSF. Em 2001 constam no relatório de gestão os seguintes eixos prioritários: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças e agravos prioritários, melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; reorientação do modelo assistencial e descentralização, desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde qualificação do controle social.

Com relação APS no ano de 2001, através da análise do relatório de gestão, percebemos uma cobertura do PSF de 21% da população e do PACS de 22%, a cidade contava naquele momento com 101 equipes da ESF, apesar de o PSF ter sido criado 1994 neste mesmo período a cobertura nacional já chegar a 25% PSF e 46% de PACS, já no estado do Ceará para este ano encontramos uma cobertura de PSF 49% e de PACS de 69% (BRASIL, 2014), e apesar de o relatório de gestão trazer a cobertura de 21% para o PSF o site do Ministério da Saúde registra uma média de 15% de cobertura (BRASIL, 2014), ou seja, o município estava bem abaixo da cobertura média nacional e do estado do Ceará, porém não encontramos deliberações em forma de resoluções sobre esta situação.

Segundo Conde (2006, p.154) o funcionamento destas equipes de ESF eram deficientes e esta relata que

Em 2001, a Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema do Conselho visitou todas as unidades básicas de saúde da família (UBASF) e apresentou um relatório identificando os seguintes problemas: equipes incompletas, falta de médicos e/ou de agentes comunitários de saúde; inexistência de transporte na maioria das UBASF para as visitas domiciliares. Além disso, houve alta rotatividade entre os profissionais de nível superior contratados por cooperativas.

Em 2002 destacamos apenas uma resolução do CMSF que poderíamos vincular APS, a resolução de N.º 17, que delibera sobre um projeto denominado “Projeto Estratégico- Prevenção e Diagnóstico precoce em câncer no Ceará”, colocamos esta resolução no rol das resoluções que tratam sobre APS, pois consideramos a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças como sendo atribuição da APS (MENDES, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), porém não há registro no relatório de gestão deste ano sobre este projeto, portanto em nosso estudo foi considerado não implementado.

Quanto aos aspectos da APS encontrados no relatório de gestão deste ano, podemos destacar que o município possui 94 equipes da ESF cadastradas no Ministério da Saúde, segundo site do MS a cobertura da ESF no município era a mesma do ano anterior com 15% de cobertura (BRASIL, 2014), encontramos também neste relatório de gestão projetos municipais repartindo espaço com o PSF,

Em maio/2002 foi lançado o Modelo de atenção Integral à Saúde (MAIS), cujo objetivo é criar uma rede de atendimento que possa reunir e atender de forma contínua e integrada o público de três projetos: Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Criança até 01 ano e Atenção à Saúde do Escolar (PSE) (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2012),

Segundo Conde (2006) o PSE foi apresentado ao CMSF e não foi aprovado, justamente porque o conselho considerou que este programa disputava espaço com o PSF além de ter sido considerado um programa que feria a universalidade, pois não estava em todas as unidades do município.

Em 2003 temos duas resoluções que classificamos como coerentes com a APS são as de número 23 e 24, a primeira trata do Plano de Ação e Metas da célula Doenças Sexualmente Transmitidas e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), já a segunda trata do Programa de

Expansão da Saúde da Família (PROESF), ambas as resoluções constam no relatório de gestão deste ano como projetos de governo.

A resolução 23 trata de ações de com relação a DST/AIDS, no relatório de gestão encontramos ações que dizem respeito a esta temática na vertente da APS, como postos de coletas de exames para testagem para HIV, distribuição de preservativos nas unidades básicas de saúde, medicação para DST nas unidades básicas e capacitação de profissionais, podemos avaliar mais uma vez este programa como voltados a APS seletiva que se trata de uma cesta básica de serviços, não promovendo um olhar integral da saúde e não envolvendo as redes de atenção (MENDES, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A resolução 24 que traz a como deliberação o PROESF, este projeto trata da expansão da ESF, trazendo recursos federais e propondo uma expansão desta estratégia pelos próximos 06 anos no município de Fortaleza, ele propõe que a cobertura, que no ano de 2003 é de 15,5%, que em 2006 chegue a 35% e que em 2008 a 40% da população do município, proponha também o estabelecimento de uma gratificação por desempenho para as EqSF, a constituição de um pólo de educação permanente no município e a integração da rede com a ESF, esta perspectiva elevaria cobertura da ESF e também a transformaria em um eixo estruturante da APS do município, pois até este momento a ESF era tratada como um programa isolado, que não constituía um modelo de organização do sistema de saúde do município, nem era a principal porta de entrada deste sistema, pois segundo este relatório não articulava nem coordenava ações com o restante da rede assistencial

Chegamos ao ano de 2004, último ano da gestão Juracy Magalhães e de todo um ciclo político, ano também de eleições municipais, neste período destacamos quatro resoluções que tem em suas deliberações aspectos voltados a APS, são elas a de numero 45 que se refere à estrutura dos conselhos locais de saúde nas unidades básicas de saúde, a de numero 51 sobre o “Pacto Nacional da Mortalidade Materna e Neonatal”, numero 53 que aprova o Plano de Ação e Metas da DST/AIDS e por último a resolução 57 que delibera sobre ações estratégicas para saúde do idoso.

Segundo relatório de gestão de 2004 em uma seção intitulada “Atuação do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF)”, que avalia o desempenho deste, traz um quadro das resoluções aprovadas e sua situação quanto a sua publicação no Diário Oficial do Município de Fortaleza (DOM) , além de conter outro quadro com avaliação de ações implementadas, neste quadro encontramos a situação das resoluções aqui listadas e nestas apenas a resolução de numero 45 aprovada em 07 de abril de 2004, como não publicada no DOM, esta situação vai de encontro a resolução de 453 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece publicação em Diário Oficial pelo poder executivo em 30 dias após aprovação no pleno conselho. A resolução 45 do CMSF que trata de promover estruturação dos Conselhos Locais de Saúde além de não publicada em DOM, encontram-se sem estrutura como comprovamos nesta prestação de contas do CMSF no relatório de gestão de 2004.

A resolução 51 de 2004 sobre o “Pacto Nacional da Mortalidade Materna e Neonatal”, não consta no nesta prestação de contas do conselho no relatório de gestão, apesar de constar no site do CMSF, sobre este pacto aprovado no pleno do não encontramos nenhum registro específico no relatório de gestão de 2004, apesar de constar no referido relatório os índices de mortalidade materna e infantil, além de ações sobre da SMS para reduzir estes indicadores. Na prestação de contas do CMSF no relatório de gestão consta um quadro de projetos aprovados, a origem destes projetos e a quantidade de recursos envolvida nestes projetos, e neste quadro encontramos projeto da SMS para redução de mortalidade materna, mas sem apresentar a quantidade de recursos para este projeto.

A resolução 53 que trata do Plano de ação e metas da DST/AIDS tem a mesma estrutura do ano anterior, podendo ser considerada da mesma maneira.

Já a resolução 57 sobre ações estratégicas para saúde do idoso, encontramos no texto da resolução ações ligadas a APS, como garantir esta linha de cuidado articulada pelo PSF, capacitação de profissionais, prioridade de visita domiciliar no PSF, atendimento prioritário nas unidades de saúde,

ações intersetoriais de promoção da saúde. Sobre esta resolução encontramos no relatório de gestão de 2004, na prestação de contas do Conselho, que esta resolução surge a partir de Seminário sobre Estatuto do Idoso promovido por uma associação que representa os idosos com representatividade no CMSF, como membro usuário, fato interessante que nos revela a discussão de ações para a APS partindo da sociedade civil. Quanto ao relatório de gestão verificamos ações para esta linha de cuidado não foram implementadas as ações de APS que constam no corpo da resolução, sendo concretizadas outras informações.

Tratando sobre a ESF que em 2004, segundo relatório de gestão possuía cobertura de 16%, segundo Conde (2006) os problemas levantados pelos conselheiros em 2001 ainda permaneciam em 2004.

Por fim percebemos que este período de 2001 a 2004, foi um período em que a APS permaneceu vinculada a um modelo de cunho seletivo baseada em programas focais e com uma baixa intensidade de ações de promoção de saúde, onde percebemos uma baixa valorização da ESF e a convivência deste com outros programas municipais como o PSE e MAIS, o PSE chegou a 58 unidades de atenção básica em 2004 enquanto a ESF estava apenas em 25. O Ministério da Saúde neste período institucionalizava o PSF como política de organização da APS em uma tentativa deste órgão de extrapolar este modelo seletivo (MENDES, 2012).

Esta desvalorização do PSF como política de reorientação da APS, gerava prejuízo ao município, pois deixava de receber recursos do Governo Federal, segundo relatório de gestão de 2004 até então o município não possuía nenhuma Equipe de Saúde Bucal na ESF de Fortaleza, estas equipes também geram recursos ao município por meio do PAB variável, dos recursos recebidos em 2004 do Governo Federal, 65% eram procedentes da média e alta complexidade, 21% da atenção básica e 14% de áreas estratégicas, destes recursos da atenção básica apenas 15 % provinham do PSF, PACS e PROESF.

Quanto à implementação das resoluções, notamos uma baixa intensidade do CMSF em influir na política de APS do município de Fortaleza, as poucas resoluções não tem força política para alterar a realidade deste nível de atenção, enquanto o município permanecia a margem do que vinha acontecendo em âmbito nacional com relação à ESF, e o que percebemos nas resoluções é que este fato não atinado nas deliberações do CMSF.

6.3 Avaliação da implementação das resoluções sobre APS aprovadas pelo CMSF entre 2005 e 2008

Iniciamos agora a discussão sobre a implementação das resoluções aprovadas no pleno do CMSF neste período de 2005 a 2008, pois como já dissemos anteriormente, esses anos correspondem ao primeiro governo de Luizianne Lins do PT, e se estabelece o 'novo' após anos do mesmo grupo político no governo a frente do executivo municipal.

Luizianne elege-se em uma frente de esquerda que aglutinava vários movimentos sociais e não contou com o apoio inicial do governo federal que era do PT em sua posse em 2005, bem como não possuía maioria na câmara de vereadores de Fortaleza no início de sua gestão.

Neste período o CMSF emitiu 60 resoluções, destas quinze foram classificadas relativa aos assuntos ligados a APS, o que corresponde a 25% das resoluções, neste período encontramos a maior quantidade de Resoluções sobre APS devido alguns acontecimentos disparados neste período, os quais discorreremos nos próximos parágrafos.

Iniciamos pelo ano de 2005, primeiro ano de governo da nova gestão, quanto ao CMSF no início deste governo enfrentou dificuldades, devido a problemas com a presidência do CMSF, que era ligada a gestão anterior do município, inclusive estando vinculada a folha de pagamento da SMS mesmo sendo representante de usuários. Isto travancou os trabalhos do Conselho no início de 2005, pois ocorreu renúncia do presidente e eleição de uma nova mesa diretora com disputa entre o grupo do antigo presidente e simpatizantes da nova gestão (OLIVEIRA, 2006).

Em 2005 encontramos três Resoluções que consideramos tratar de temas relacionados à APS, são as Resoluções de número 63 que trata do processo de revitalização dos Conselhos Locais de Saúde, a numero 70 que diz respeito a um projeto para área técnica de saúde da mulher e a de numero 71 que versa sobre um projeto de Cooperação Técnica e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Em relação a esta cooperação técnica não encontramos detalhes no relatório de gestão, e vale destacar que a OPAS é um organismo internacional de saúde pública ligada a OMS, que tem grande influência nas políticas de saúde dos países da América Latina, sendo responsável pelas primeiras disseminações de APS nestes países (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Sobre a Resolução número 63 não encontramos evidências desta revitalização dos Conselhos Locais de Saúde no relatório de gestão, pois este problema se arrasta de anos anteriores como verificamos na seção anterior. Vale ressaltar que nesta Resolução também consta um processo de revitalização de próprio CMSF e dos Conselhos Regionais de Saúde, que no período, percebemos que os conselhos de saúde passavam por dificuldades durante todo o período.

Neste primeiro relatório de gestão da nova gestão encontramos uma seção intitulada “Gestão Compartilhada e participativa”, onde o governo municipal afirma compreender a importância de uma partilha das responsabilidades administrativas, e tem como principal destaque a criação de um espaço denominado Colegiado Gestor, que segundo este relatório, é um espaço que reuni “gestores(as) e técnicos(as), para a discussão e a deliberação sobre diretrizes gerais, encaminhamentos e posições relacionadas à gestão e à organização do Sistema”, além de afirmar que estes espaços aconteceriam nas Unidades Básicas de Saúde, porém não mencionou a participação da sociedade civil nestes espaços, trazendo assim uma perspectiva da discussão de saúde para uma tecnocracia especializada (AVRITZER, 2012).

Sobre o CMSF este Relatório descreve,

O CMS, na atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde, vem sendo reconhecido como órgão de controle social da política municipal de saúde. Nesse sentido, a representação da gestão municipal tem efetivamente participado de todas as reuniões como forma de consolidar os processos de democratização, participação social e controle social (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2005, p. 225).

Apesar da afirmativa transcrita acima sobre a importância dada ao CMSF não conseguimos registros no Relatório de Gestão sobre a participação do conselho nestas reuniões, o que parece haver traços de uma forte institucionalização do CMSF.

Quanto ao projeto da área técnica de saúde da mulher que está abrigada na Célula de Atenção Básica (CAB) da SMS, como constatamos na estrutura do organograma da SMS no relatório de gestão, no texto da resolução encontramos como temas ligados a APS a criação de terceiro turno para o ESF e acolhimento às mulheres em todos os níveis de atenção, estratégias de promoção e proteção em saúde mental para as mulheres em todas as fases da vida. Trata-se, portanto, de um programa governamental considerado como política estratégica de governo.

No Relatório de Gestão existe uma extensa lista de ações para reorganização de atenção à saúde da mulher nas redes de atenção à saúde, que inclui a APS como centro deste processo, ações de educação permanente para a temática de saúde da mulher, inclui como política a inclusão da educação popular e do controle social, com a criação de uma Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher no CMSF. Percebemos inclusive, que esta comissão foi incentivada pelo Gabinete da Prefeita, ou seja, esta temática parecia esta no cerne central desta nova gestão.

Algo a ser relatado neste Relatório é o conceito de Redes de Atenção que é apresentado como forma de modelo de atenção a saúde por esta nova gestão,

O modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza está sendo organizado por meio dos arranjos organizacionais de cinco Redes Assistenciais (RAs), segundo referencial teórico sobre Rede já apresentado. São elas: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial da Atenção Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar; Rede Assistencial da Saúde Mental. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2005, p. 40).

Fatos importantes, que não constam em Resoluções do CMSF, para a APS do município de Fortaleza podem ser captados neste ano como a qualificação de 100 Equipes de Saúde de Bucal o que gerou uma linha de financiamento para esta linha de cuidado que antes não existia além de ter dobrado a carga horária de trabalho destes profissionais com seus proventos, segundo relatório de gestão.

Também captamos a criação de EqSF para as áreas consideradas de risco (classificadas pela Defesa Social) da cidade, e outro importante acontecimento presente no Relatório de gestão é um processo de territorialização, com intuito de organizar uma contratação de EqSF e ACS, apesar destas atitudes o site do ministério da saúde demonstra uma cobertura da ESF de apenas 11% da população demonstrando uma diminuição dos 16% do ano anterior.

Passaremos agora a discutir os anos de 2006 e 2007, que dentro deste estudo compreende o período onde temos a maior quantidade de resoluções sobre APS emitidas pelo CMSF. Destacamos neste período 11 Resoluções tratando desta temática, sendo, portanto dois anos de bastante intensidade deliberativa sobre APS no CMSF, vejamos qual o contexto dos Relatórios de Gestão destes anos.

Em 2006 encontramos 05 Resoluções voltadas para a APS, são as de Número 01, 02, 04, 08 e 12. Iniciamos pela Resolução número 01 que trata do plano de ação e metas da DST/AIDS de autoria da Célula de Atenção Básica da SMS, que percebemos no Relatório de Gestão a presença deste plano com seus resultados e com ações voltadas para APS, como educação permanente para profissionais da ESF, teste rápido em Centros de Saúde da

Família e ações de promoção em escolas municipais, assim constatamos assim sua implementação.

A Resolução de Número 02 aprova um projeto denominado “Cirandas da Vida” que foi discutido no CMSF por solicitação Célula de Atenção Básica. Segundo texto desta Resolução, constatamos que este projeto consta no relatório de gestão de 2005, antes da sua aprovação no pleno do CMSF no ano de 2006, e segundo o Relatório de 2005 as “Cirandas da Vida partem da educação popular como processo dialógico comprometido com a transformação das realidades de exclusão social” também afirma que este projeto surge a partir dos movimentos populares.

Em 2006 o projeto “Cirandas da Vida” é aprovado pelo Conselho em forma de Resolução e aparece no Relatório de gestão deste ano como ação de educação permanente (dentro da ESF), como forma de enfrentamento da violência, ajudando a “desenhar a humanização na saúde” e atuando no fortalecimento da participação popular no contexto da gestão. Nesta última ação é citada a participação do projeto no fortalecimento de Conselhos Locais de Saúde de Centros de Saúde da Família.

De acordo com Dantas *et al.* (2012, p. 50) o projeto Cirandas da Vida, visa:

[...] buscar a perspectiva popular na luta pelo direito à saúde, questionando como o princípio de comunidade e a esfera institucional dialogam na formulação e implementação de políticas no campo da saúde em uma gestão popular, nesse contexto maior de dialogismo, em que a arte se explicita como caminho nessa busca da perspectiva popular em saúde e a esfera da instituição.

Neste projeto encontramos os aspectos da tentativa de construção de algo novo, pautado no enfrentamento de determinantes sociais como a violência, e nos remete com uma aproximação com o conceito de APS integral (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Resolução de N.º 04 de 2006 estabelece o processo para revitalização dos Conselhos Locais de Saúde, através de assembleias e divulgação na comunidade. No Relatório de gestão deste ano encontramos

registro de revitalização de 10 Conselhos Locais de Saúde de Centros de Saúde da Família em um total de 89, ou seja, uma quantidade pequena de Conselhos revitalizados. Não conseguimos através deste Relatório, perceber se o processo de revitalização destes ocorreu como estabelecido na Resolução do CMSF.

Isto, contudo, demonstra mais uma vez, a fragilidade da atuação do CMSF nos CSF, apesar da gestão promover projetos como Cirandas da Vida, que como citado anteriormente, provém de movimentos populares, que estimulam a participação popular nestas Unidades, parece há dificuldades da concretização dos espaços de controle social institucionalizados nestas Unidades.

A Resolução 08 delibera sobre um documento pré-liminar para a realização de Fóruns Regionais de Políticas de Saúde Bucal para o município de Fortaleza, assim, em a estes fóruns não encontramos registros no Relatório de Gestão deste ano, porém quanto às ações para esta linha de cuidado encontramos muitas ações desenvolvidas pelo município neste ano, que segundo este pulou de 106 equipes de saúde bucal para 233 representando um aumento de 119,81%, além de aspectos quanto à organização da assistência odontológica nos Centros de Saúde da Família. Além disso, notou-se o aumento das ações coletivas nesta linha de cuidado que dizem respeito à educação em saúde e escovação supervisionada e bochecho fluoretado, que neste ano passou de uma cobertura 8% em 2005 para 79% na faixa etária de zero a 14 anos de idade.

A última Resolução do ano de 2006 que diz respeito à APS é a de número 12 que trata de ações referentes à mortalidade materna no município de Fortaleza. Em seu texto encontramos as seguintes ações pertinentes a APS: tornar o Comitê Municipal de Mortalidade Materna mais atuante, humanização no pré-natal realizado nos CSF, cobrar o cumprimento de metas relacionadas à mortalidade materna com relação à razão de mortalidade materna de 60 para cada 1000 nascidos vivos em 2006, 50 para cada 1000 nascidos vivos em 2007 e 40 para cada 1000 nascidos vivo em 2008, apoiar e acompanhar a construção de um centro de parto natural no município,

determinar a conclusão das investigações de óbito materno do ano de 2005 para adoção de medidas preventivas, capacitação de 100% dos médicos e enfermeiros em pré-natal, cobrar e acompanhar a publicação de uma cartilha da gestantes sobre os cuidados com a gravidez e orientações sobre o parto.

Destas deliberações identificamos no Relatório de Gestão o funcionamento do Comitê Municipal de Mortalidade Materna, quanto ao acompanhamento do indicador razão de mortalidade materna, que se refere ao “risco de morte materna em decorrência de causas associadas a complicações durante a gestação, o parto e o puerpério” (LIMA; PORDEUS, ROUQUAYROL; 2012, p. 59). Sobre isto também encontramos neste Relatório de gestão uma razão de mortalidade materna de 40,72 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, e quando o pactuado para o ano de 2006 seria de 60, ou seja, a meta foi atingida. Já quanto à investigação de óbitos maternos de 2005 o Relatório explicita a investigação de todos e ressalta que 70% destes óbitos estão classificados como evitáveis.

E em relação à construção de um Centro de Parto Natural encontramos como atividade da área técnica de saúde da mulher da Célula de Atenção Básica da SMS a referência sobre um parecer técnico favorável a construção deste Centro e na Ata da 94^a Reunião Ordinária do Conselho que aprovou esta Resolução encontramos um grande debate realizado entre representantes da categoria médica e de enfermagem sobre o funcionamento deste Centro de parto natural, a categoria médica se colocando contra afirmando a necessidade de médicos neste Centro e a proximidade a um hospital como vemos na transcrição a seguir da fala do representante da categoria médica no Conselho,

Esclarece que a categoria médica não quer tirar a categoria das outras profissões nem querem supervisionar o trabalho dos enfermeiros, mas sim defendem a Constituição e o SUS que diz que o acesso a este deve ser universal, igualitário e feito com qualidade. Os médicos defendem a implantação das casas de parto desde que elas tenham condições de oferecer, sem discriminação e com igualdade, o mesmo atendimento oferecido em outras maternidades. (representante da categoria médica no CMSF).

Percebe-se através da Resolução que o Conselho de Saúde apoiou a construção do referido Centro, porém não encontramos no período estudado a implementação deste. Quanto à capacitação de 100% dos profissionais médicos e enfermeiros referentes ao pré-natal, identificamos capacitações destes profissionais, mas não indica que tenha sido nesta percentagem de profissionais qualificados, também não encontramos evidências no Relatório de gestão sobre a confecção de cartilha para gestantes neste ano.

Passamos agora a relatar agora as Resoluções do ano de 2007, que são 06 resoluções relacionadas com a APS, sendo o ano com mais resoluções sobre esta temática.

A primeira delas que destacamos é a de N.º 11 que delibera sobre o Projeto de Expansão e Qualificação das Redes, esta resolução traz em suas justificativas a expansão do ESF, os CSF como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Para este projeto encontramos um financiamento do MS no valor de sete milhões e cem mil reais com uma contrapartida municipal de setecentos e dez mil reais, não conseguimos identificar a execução destes valores o RG de 2007.

Outra Resolução deste ano que trata sobre APS é a de N.º 14 que aprova criação de 33 novas equipes de saúde bucal para o município, o relatório de gestão de 2007 relata um aumento de 38% no numero de equipes entre os anos de 2004 e 2007, mas não expressa à quantidade de equipes criadas neste ano.

A Resolução de N.º 15 de 2007, é uma deliberação de vários projetos governamentais aprovados pelo CMSF, dentre eles, destacamos os que têm vinculação direta com a APS, quais sejam: Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que no Relatório de Gestão de 2007 consta que mesmo aprovada pelo Conselho ainda estava em negociação com o MS; Projeto de Atenção integral a Saúde do Adolescente, em relação a este projeto, encontramos o registro de ações de enfrentamento a violência envolvendo adolescentes; Projeto de Educação Popular em Saúde tendo como foco o Projeto Cirandas da Vida, dantes descrito, identificamos esta iniciativa a

partir deste projeto; Projeto Alô Saúde que disponibilizaria um atendimento médico por telefone, mas que não foi identificado no Relatório de Gestão; e o Projeto de Residência e Especialização em Medicina de Família e Comunidade, com destaque para esta residência que já funcionava há dois anos e possui 50 vagas em convênio, para a residência, com o MS e que foram matriculados 38 médicos residentes, já a especialização matriculou 12 médicos com formação em Cuba.

O CMSF aprovou duas resoluções da Área Técnica de DST/AIDS no ano de 2007, são as resoluções de N.º 16 e 20, sendo que a primeira aprovando o plano de metas e ações e a segunda um projeto de prevenção, diagnóstico e assistência para DST/AIDS. Referentes a estas Resoluções, encontramos no Relatório de Gestão ações vinculadas a APS, como o aumento da distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante nos CSF, e a inserção desta temática no Projeto S4aúde e Prevenção nas Escolas (SPE), projeto este do governo federal no intuito levar ações de promoção de saúde para o ambiente escolar.

Já a Resolução 17 delibera sobre o Projeto Academia na Comunidade, segundo a mesma, este projeto seria de estimular pessoas de várias idades à prática de exercícios, modificando hábitos e melhorando a qualidade de vida da população, um projeto de vinculação a uma APS integral, porém não constatamos sua implementação por meio do Relatório de Gestão de 2007.

Para finalizar o ano de 2007 verificamos a Resolução de N.º 19 que apresenta uma série de projetos da gestão submetidos e aprovados no CMSF, onde encontramos mais uma vez o Projeto Cirandas da Vida, Projeto de capacitação de profissionais do ESF em vigilância sanitária, não constatado sua implementação, e capacitação dos profissionais da Atenção Básica em Pré-natal que já foi relatado anteriormente.

O último ano desta gestão aconteceu em 2008, ano de eleições municipais, e neste ano encontramos apenas a Resolução de N.º 07, que delibera sobre o cumprimento de deliberações de Conferências Municipais de

Saúde com relação à nomeação de gestores de CSF através de seleção pública com participação da comunidade, porém, nos anos estudados e diante dos Relatórios de gestão que tivemos acesso, não encontramos a concretização desta resolução.

6.4 Avaliação da implementação das resoluções sobre APS aprovadas pelo MCF entre 2009 e 2012

Estes últimos quatro anos deste estudo correspondem à segunda gestão da prefeita Luizianne Lins do PT, que diferentemente da primeira eleição, ela chega ao governo municipal com um amplo arco de alianças e com apoios da gestão estadual e federal.

Neste período apenas 07 Resoluções tratando sobre APS são emitidas pelo Conselho, sendo o período com menos Resoluções aprovados dentre as três gestões, perfazendo um total de 39 resoluções aprovadas no geral. Assim, algo que temos que destacar neste período é o ano de 2010 que não identificamos nenhuma Resolução com afinidade com a APS. Outra questão a ser ressaltada diz respeito aos Relatórios de Gestão dos anos de 2011 e 2012, no período de coleta de dados desta pesquisa, janeiro a março de 2014, estes Relatórios ainda se encontravam em apreciação do CMSF e fomos informados que a Resolução de aprovação destes estava pronta, porém faltava despacho do gabinete do secretário da SMS para sua liberação e posterior publicação destes. Este fato demonstra a burocratização do processo e sua alta institucionalização neste espaço, além do atraso de três anos em relação ao Relatório de 2011 e de dois anos quanto ao Relatório de 2012, por esta situação não poderemos verificar se as Resoluções destes dois anos estão constando no documento Relatório de Gestão, no entanto, as resoluções que tratam de APS de 2011 e 2012 encontram-se nos anexos desta pesquisa.

Passamos ao ano de 2009 que possui apenas uma resolução que trata de APS, a de número 05, que trata da contratação de 103 ACS pela Emenda Constitucional 51 de 2006, já comentada no capítulo anterior, e, contudo, encontramos no Relatório de gestão deste ano a contratação desta ACS.

Podemos constatar neste período uma pequena influência do CMSF com relação à APS do município de Fortaleza, pois ao verificar os Relatórios de Gestão dos anos de 2009 e 2010, percebemos que atividades vinham sendo desenvolvidas neste aspecto, porém não encontramos deliberações importantes neste período sobre os aspectos da APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das Resoluções que tratam sobre APS aprovadas entre os anos de 2001 e 2012 pelo CMSF nos proporcionou um olhar sobre a APS do município de Fortaleza neste período, onde observamos que as estas Resoluções correspondem a 28,85% de todas as resoluções, isto nos permite refletir sobre a reduzida adoção da APS como “ordenadora” da atenção em saúde no município, durante este período.

Vários autores como Mendes (2012), Giovanella e Mendonça (2012), Andrade, Barreto e Coelho (2013), Starfield (2002) demonstram a importância da APS como a grande porta de entrada e coordenadora de Sistemas de Saúde que tem como foco o cuidado integral e a promoção de saúde, assim, este resultado de 28,85% das Resoluções tratando sobre APS nos demonstra que menos de 1/3 delas discutidas neste espaço durante os anos de 2001 e 2012 tratavam deste nível de atenção, ou seja a maior parte das deliberações do CMSF neste período não tinham relacionamento com a APS.

E além do pequeno volume de Resoluções tratando sobre APS, a maior parte destas, 57,57%, diziam respeito à aprovação de planos, projetos e programas advindos das gestões que comandaram o poder executivo de Fortaleza nestes anos, nos remetendo as conclusões sobre a burocratização e institucionalização a que espaços os Conselhos de Saúde estão submetidos, ou seja, o da submissão aos poderes e favores do Estado (PEREIRA NETO, 2012).

Neste estudo demonstramos o percurso sobre três gestões municipais e percebemos diferenças no comportamento em relação ao CMSF e a APS nestas gestões. No período de 2001 a 2004 notamos uma APS fragilizada e descolada da realidade nacional que propunha há muito tempo a reorganização da APS através da ESF. Nestes anos encontramos uma APS em Fortaleza, com pequena cobertura de ESF, não sendo este o eixo estruturante da política municipal de saúde e com baixo financiamento da APS,

pois o que vinha sendo feito no município neste nível de atenção não conseguia captar recursos do governo federal, além de haver dentro da APS do município outros programas criados a nível local que disputavam com o ESF esta organização da APS. E o importante de ressaltarmos é que apesar deste quadro não encontramos Resoluções do CMSF com impacto para modificar esta realidade da APS em Fortaleza.

Já no período de 2005 a 2008 percebemos uma modificação deste quadro com uma mudança no foco da gestão com relação a este cenário, a ESF toma lugar como processo estruturante e reorganizador da APS no município carreando investimentos, concurso público e educação permanente, sendo este o período em que encontramos um maior numero de resoluções emitidas pelo CMSF tratando deste tema, porém percebe-se que a maior parte destas resoluções são frutos de projetos pautados pelos agentes da gestão e não fruto de movimentos sociais com representantes no CMSF. Este distanciamento dos movimentos sociais e populares é evidenciado também por Vasconcelos (2010) e Junior e Gerschman (2013) que nos remete a esta problemática através da criação de uma tecnocracia estatal que afasta estes movimentos das discussões, podemos ainda ver este aspecto através da cooptação e clientelismos nas relações dos Conselhos de Saúde.

O último período de gestão analisado por este estudo demonstra uma baixa produção deliberativa por parte do CMSF com relação às emissões de Resoluções sobre APS, com resoluções tratando de questões que não possuíam substância deliberativa para impactar sobre a APS do município. Pois neste período o CMS, que inclusive até o final deste estudo, ainda não havia avaliado os relatórios de gestão dos anos de 2011 e 2012, se furtando do seu caráter fiscalizatório no exercício do controle social.

Outros aspectos levados em consideração neste estudo, foram da implementação das Resoluções aprovadas pelo CMSF concluímos que grande parte das resoluções implementadas pelas gestões diz respeito a planos e projetos destas e as poucas que tinham origem no pleno do CMSF não constatamos sua implementação através dos RG.

Por fim, ressaltamos que os resultados encontrados neste estudo demonstram que o tema da APS foi pouco discutido entre os anos de 2001 e 2012 e com baixa implementação através das Resoluções emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde. E quando estas eram fruto do próprio Conselho, demonstrou uma fragilidade quanto ao componente deliberativo deste espaço. Portanto, lançamos aqui a reflexão sobre a necessidade de aproximação das políticas de APS com as realidades locais onde através de movimentos comunitários de educação e cultura popular poderíamos qualificar a participação das comunidades nas políticas de APS, pois em Fortaleza movimentos como o “Cirandas da Vida”, projeto aprovado pelo CMSF e que se utiliza das bases da educação popular freiriana, podem potencializar espaços institucionalizados como os Conselhos Locais de Saúde. Tendo em vista que nossa proposição é uma participação ascendente das comunidades para os Conselhos e gestões, diferente do que constatamos neste estudo onde as deliberações surgem e são aplicadas de forma descendente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; ARKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.783-836, 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; COELHO, L.C.A. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p. 601-621.

AVRITZER, L. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In FLEURY, S. LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 151-172.

_____. **Participatory institutions in democratic Brazil**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.

_____. Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. **Opinião Pública**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 383-398, nov. 2012.

BOSI, M. I. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Resolução n.º 453 de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

CARDOSO, F. M; CAMPOS, G. W. S. Reformas neoliberais, reforma sanitária brasileira e fundações estatais de direito privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para captação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORTÊS, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 102-127.

DANTAS, V. L. A.; LINHARES, A. M. B.; SILVA, E. J.; LIMA, R. F.; SILVA, M. R. F.; ANDRADE, L. O. M. Cirandas da vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 46-58, 2012.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323-365.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In FLEURY, S. LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 229-246.

_____. Participação social. In GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.

FEDOZZI, L. J. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: FLEURY, S. LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 204-228.

FEO, O. Dialogando com Mario Rovere sobre el artículo “Atención Primaria de Salud en Debate”. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 352-354, jul./set. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 34. n. 84, p.18-32, jan./mar., 2010.

HEGEL, G. W. F. **Filosofia do direito**. Linhas fundamentais da filosofia do direito ou direito natural e ciência do estado em compêndio. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2010.

HEIMAN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 481-502, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). **Estado, instituições e democracia: democracia**. Brasília: IPEA, 2010. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro; Fortalecimento do Estado, das Instituições e da Democracia; Livro 9).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>. Acesso em: 29 abr. 2014.

LABRA, M. E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S. LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 176-203.

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN, K.; SKUPIEN, J. A. Resoluções do conselho de saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LIMA, J. R. C.; PORDEUS, A. M. J.; ROUQUAYROL, M. Z. . In ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p. 25-63.

MARX, K. **Crítica da filosofia de Hegel**. 2. Ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORONI, J. A. O direito a participação no governo Lula. In: FLEURY, S. LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro, CEBES, 2010, p. 248-268.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-394.

NOVACK, G. **Introdução à lógica Marxista**. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.

OLIVEIRA, L. C. de. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro**. Rio de Janeiro, 2006. 258 f. Tese

(Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-ATA**. Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde na Américas**: posicionamento da Organização Pan-americana de saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2008.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PEREIRA NETO, A. F. **Conselho de favores** Controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Grasmond, 2012.

ROVERE, M. Atención Primaria de la Salud en Debate. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012.

SOARES, M. C. **Sociedade Civil & sociedade política em HEGEL**. Ceará: EDUECE, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, S. LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro, CEBES, 2010, p. 270-288.

WANDERLEY, L. E. W. Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos. **Serviço social e sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 5-30, jan./mar. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

MATERIAL NÃO BIOLÓGICO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr.(a) Edmilson Pereira da Silva, Presidente da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, depositário dos documentos consubstanciados nas Atas das Reuniões que apreciaram os Relatórios de Gestão entre os anos 2000 a 2012 e das resoluções emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza entre os anos de 2000 a 2012, bem como a data de publicação destas no Diário Oficial do Município, o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, situado à Rua do Rosário, no 283, Centro, Fortaleza, Ceará, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa: *Controle Social em Fortaleza – Ceará nos anos de 2000 a 2012: efetivação da ampliação dos direitos democráticos e popular a partir das resoluções emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde*, que tem como objetivo investigar a efetividade das resoluções referentes a Atenção Primária em Saúde emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde Fortaleza entre os anos de 2000 a 2012, vem na melhor forma de direito, Autorizar Carlos Eduardo de Sousa Praxedes, aluno do Mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, com RG 94002549008 SSP/CE a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

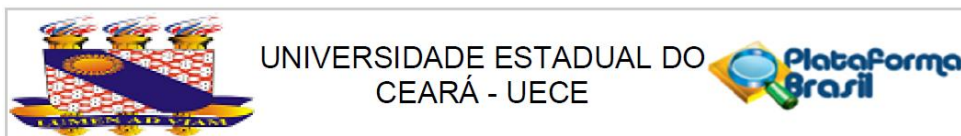
Fortaleza, __/ __/ ____

Edmilson Pereira da Silva
Presidente da Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde de
Fortaleza

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTROLE SOCIAL EM FORTALEZA - CEARÁ NOS ANOS DE 2000 À 2012: efetivação da ampliação dos direitos democráticos e popular a partir das resoluções emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde Fortaleza

Pesquisador: Carlos Eduardo de Sousa Praxedes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21542713.7.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.488

Data da Relatoria: 30/09/2013

ANEXO B

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (REGIMENTO INTERNO)

CAPITULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza – CMSF, tem sua composição definida pela Lei 8066, de 08 de outubro de 1997, art. 3º, de forma paritária conforme determina a Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, sendo composto por representantes de governo, representantes de prestadores de serviços de saúde, representantes de profissionais de saúde e representantes da sociedade civil – usuários.

Parágrafo 1º - O Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, tem a seguinte composição:

REPRESENTANTES DO GOVERNO:

Um representante da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social ;
Um representante da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente;
Um representante do Instituto Dr. José Frota – IJF;

REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS:

Um representante das Universidades;

- Universidade Federal do Ceará;
- Universidade Estadual do Ceará;
- Universidade de Fortaleza

Um representante das Entidades Filantrópicas;

- Santa Casa de Misericórdia;
- Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas do Ceará – FEMICE;

Um representantes das Entidades Privadas;

- Associação dos Hospitais do Estado do Ceará – AHECE;
- Sindicato dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Estado do Ceará.

REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Nível Superior:

Um representante das entidades da área da medicina;

- Conselho Regional de Medicina;
- Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará;
- Centro Médico Cearense;
- Academia Cearense de Medicina.

Um representante das entidades da área de enfermagem:

- Conselho Regional de Enfermagem;
- Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará;
- Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN – Ce.

Um representante das entidades da área de odontologia:

- Conselho Regional de Odontologia;
- Sindicato dos Odontólogos do Estado do Ceará;
- Associação Brasileira de Odontologia – Ceará;
- Academia Cearense de Odontologia.

Um representante das entidades da área de farmácia:

- Conselho Regional de Farmácia;
- Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Ceará;

Um representante dos outros profissionais de saúde de nível superior:

- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO);
- Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV);
- Conselho Regional de Psicologia (CRP);
- Sindicato dos Psicólogos do Estado do Ceará;
- Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRESS);
- Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Ceará.

Nível Médio:

Um representante das entidades que congregam profissionais de nível médio da área de saúde:

- Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará;
- Associação dos Servidores de Nível Médio da Saúde do Estado do Ceará.

REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS:

Um representante de cada um dos seis (06) Conselhos Regionais de Saúde (usuários), de acordo com a Lei nº 8092 de 21 de novembro de 1997;

Um representante das entidades de portadores de patologias especiais e deficiências físicas;

- Sociedade de Assistência aos Cegos; - Associação dos Deficientes Motores do Ceará;
- Grupo de Resistência Asa Branca.

Um representante das entidades empresariais;

- Federação das Associações do Comércio, Indústria e Agropecuária do Estado do Ceará (FACIC);
- Federação das Indústrias do Estado do Ceará (FIEC);
- Clube dos Dirigentes Lojistas (CDL).

Um representante das entidades de defesa dos direitos da mulher:

- Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher;
- Associação das Mulheres Cearenses;
- Conselho Municipal de Defesa da Criança e do Adolescente (COMDICA).

Um representante dos Conselhos Comunitários, Associações de moradores ou entidades afins:

- Federação das Entidades Comunitárias do Ceará (FECECE);
- Federação de Bairros e Favelas de Fortaleza (FBFF).

Um representante das Centrais Sindicais:

- Força Sindical; - Central Única dos Trabalhadores (CUT);
- Central Geral dos Trabalhadores (CGT).

Um representante das entidades dos idosos e aposentados.

- Associação de Clubes da Melhor Idade do Ceará;
- Associação Cearense Pró-Idosos (ACEPI);
- Lar Torres de Melo.