



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KARINA FLÁVIA MARTINS

**O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO JARDIM ATLÂNTICO**

FLORIANÓPOLIS

2019

KARINA FLÁVIA MARTINS

**O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO JARDIM ATLÂNTICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de residente.

Orientadora: Prof^a. Dra. Keli Regina Dal Prá.

FLORIANÓPOLIS

2019

KARINA FLÁVIA MARTINS

**O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE E A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO JARDIM ATLÂNTICO**

Este trabalho foi julgado adequado para a obtenção do título de Residente e aprovado em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Norberto Rech

Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Presidente da Banca

Profª Dra. Keli Regina Dal Prá

Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora

Andresa Gerber Sagaz de Ávila

Enfermeira
Prefeitura Municipal de Florianópolis
Primeiraexaminadora

Mscª. Ellen Caroline Pereira

Assistente Social
Segunda Examinadora

*“Para construir um tempo novo,
precisamos de gente de fibra,
que abrace a causa da luta
e não fuja no meio da briga.
Precisamos de altruístas,
de gente que olhe pra frente,
que vista a camisa de novo
e veja com um olhar diferente.”*

Josemário Fernandes

AGRADECIMENTOS

Algumas coisas na vida demandam tempo, assim como trilhar os caminhos de uma profissão. É tempo de agradecer de coração a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha formação profissional e que estiveram ao meu lado nesses dois anos intensos de aprendizado e luta na residência.

Meu primeiro agradecimento é para a minha família. Em especial à minha querida mãe e à minha irmã, que juntas lutaram para que o meu desenvolvimento fosse repleto de liberdade de escolha, clareza nas decisões da vida e amadurecimento diante das tantas perdas que tive durante a minha caminhada. Vocês também estiveram ao meu lado nesses dois anos, me apoiando na organização da rotina diária da residência, escutando meus relatos e observando o meu desenvolvimento nesse período. Carla, minha irmã, muito obrigada pelas caronas, pela paciência na espera até o final de cada aula noturna que tive, para voltar comigo com mais tranquilidade. Mãe, muito obrigada pelo seu carinho com os lanchinhos e aconselhamentos. Sem vocês duas juntas, minha vida não teria sentido.

Ao meu pai, que pelos caminhos do destino se foi, mas deixou uma imponente lembrança: um carinho surreal que levo comigo, que muitas vezes se confunde com a curiosidade de saber como seria se ele estivesse por aqui.

Aos meus queridos irmãos, Luciano, Roberto e Renato, que tanto amo e admiro.

Um especial agradecimento à minha cunhada Giane, por ser uma pessoa tão querida e por ter me dado dois sobrinhos lindos, Darlan e Carlos, que moram no meu coração.

Do fundo do meu coração, sou grata à minha tão amada Tia Leni, que materializou o significado da palavra família para mim, estendendo o seu amor e atenção em todos os momentos de nossa caminhada desde a partida do meu pai. Por isso, o imenso carinho como madrinha. Obrigada por ter querido ficar o nosso lado sempre.

Obrigada meu companheiro Henry pela sua generosidade e carinho, tua calma e paciência na espera em iniciarmos uma vida cotidiana a dois somente após a conclusão da residência, você é especial. Te amo demais!

Também não tenho palavras para descrever e nem quantificar o amor e carinho que sinto pela amiga do coração Letícia, que fez parte de muitos momentos importantes da minha vida e que acompanhou de perto a minha trajetória na residência. As melhores lembranças e risadas são contigo, obrigada pela tua sinceridade, estimada.

Agradeço as professoras do Departamento de Serviço Social, Maria Teresa, Iliane e Tânia pelas reflexões e pelo imenso carinho e incentivo desde o início da graduação e que é cultivado até hoje. Obrigada pelos conselhos e pelo aprendizado.

Aos professores da residência, os quais eu tive a oportunidade de conviver e aprender. Obrigada pela atenção e por acreditar na importância da REMULTSF para a formação de profissionais de saúde e buscar a defesa da garantia da qualidade de aprendizado, que vocês sigam com muita força e coragem para o porvir de possíveis tempos sombrios que já se fazem presentes no nosso SUS.

Keli, muito obrigada pelo teu singular acompanhamento e tutoria nesses dois anos de residência e pela orientação deste trabalho. Você merece toda a admiração do mundo!

Aos meus queridos amigos R2 do CS Jardim Atlântico, Ricardo, Fernanda, Bruna, Paola e minha amada Ellen. Vocês foram muito mais que especiais, foram a nossa família, aprendemos muito com vocês e levaremos no pensamento todos os momentos felizes vividos juntos.

Um querido agradecimento aos meus colegas de turma da residência do CS Rio Vermelho, Alessandra, Amanda, Kamilla, Paty, Rukimini, Alyne e Pâmela. Obrigada pela oportunidade de convívio nas aulas e nos momentos de união e aprendizado neste curso.

Meus amigos residentes da turma do Jardim Atlântico, quantas boas lembranças, quanto aprendizado! Levarei comigo cada troca de saber, cada momento único. Todos estão no meu coração: Sheylane, Denise, Joaquim e Tatiane.

A amiga Portenha Cláudia, pela pessoa maravilhosa e inteligente, curiosa e inquieta que é. Que mesmo de longe, se fez presente desde o meu processo seletivo e que fez parte desses dois anos com muito amor e carinho.

Ao grupo de Educação em Saúde, que me ensinou muito sobre trabalho multiprofissional e saúde, meus amores, Ângela, Marina, Karine, Jessica, Rafael, Norton, e ao professor Marco Aurélio da Ros, que é uma pessoa incomparável em questão de doçura e humanidade.

Aos profissionais e militantes do SUS que o compreendem e lutam incansavelmente por ele, vocês fazem toda a diferença.

Vileide, muito obrigada pela sua atenção na preceptoria, pela oportunidade de aprendizado conjunto e pela sua delicadeza e força. Apreendi muito contigo.

Também agradeço a querida Wânia, que tive a oportunidade de conviver na preceptoria no início da minha residência. Sou grata pelo aprendizado e carinho.

Aos usuários do SUS, em especial aqueles que tive contato e a oportunidade de aprender com suas inspiradoras histórias de vida, vocês me mostraram a importante luta pela garantia do nosso SUS de qualidade.

Deixo aqui meu especial abraço aos examinadores deste trabalho, que também tive a grande oportunidade de conviver e poder convidar para esta banca, as queridas Andresa e Ellen. Muito obrigada por aceitar de pronto o convite em participar deste momento. Também um querido agradecimento ao professor coordenador da residência, Norberto, pelo aceite e disponibilidade para a condução desta banca.

Ao Brasil, país que tanto amo, onde quero seguir escrevendo minha história e contribuir para a construção de uma realidade cada vez melhor e igualitária.

Viva o nosso SUS!

ELOGIO DO APRENDIZADO

*Aprenda o mais simples!
Para aqueles
Cuja hora chegou
Nunca é tarde demais!
Aprenda o ABC; não basta, mas
Aprenda! Não desanime!
Comece! É preciso saber tudo!
Você tem que assumir o comando!*

*Aprenda, homem no asilo!
Aprenda, homem na prisão!
Aprenda, mulher na cozinha!
Aprenda, ancião!
Você tem que assumir o comando!
Frequente a escola, você que não tem casa!
Adquira conhecimento, você que sente frio!
Você que tem fome, agarre o livro: é uma arma.
Você tem que assumir o comando.*

*Não se envergonhe de perguntar, camarada!
Não se deixe convencer
Veja com seus olhos!
O que não sabe por conta própria
Não sabe.
Verifique a conta
É você que vai pagar.
Ponha o dedo sobre cada item
Pergunte: O que é isso?
Você tem que assumir o comando.*

(Bertolt Brecht)

RESUMO

A partir da experiência enquanto residente multiprofissional em saúde da família, no momento da educação em serviço, e na participação cotidiana das atividades do Centro de Saúde do Jardim Atlântico e, especialmente dos primeiros passos do Conselho Local de Saúde do Jardim Atlântico, Florianópolis, manifestou-se a curiosidade e, sobretudo, a motivação para a pesquisa da referida temática: qual a importância do controle social na saúde para o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da sociedade civil organizada, bem como dos espaços coletivos com vistas às conquistas e garantia dos direitos sociais e da participação popular na tomada de decisão a partir dos Conselhos de Direito. Nesse sentido, foram utilizados referenciais teóricos para contextualizar a política de saúde brasileira no cenário neoliberal privatista. Para situar e caracterizar o município de Florianópolis foi realizada a pesquisa documental, objetivando desvendar os impasses da política de saúde no âmbito municipal e sua conjuntura a partir das determinações. Assim, também a partir de revisão bibliográfica foi situado o contexto do controle social e sua delimitação a partir dos seus limites e possibilidades. Além disso, foi realizado um panorama geral do controle social na esfera municipal e local em Florianópolis, com base nos dados no Conselho Municipal de Saúde (2018). Em seguida, foi realizada a caracterização do bairro Jardim Atlântico e do processo de criação e da trajetória do Conselho Local de Saúde do Jardim Atlântico até novembro de 2018. O processo de coleta de dados ocorreu a partir de pesquisa documental nos escritos dos residentes no momento das territorializações ocorridas em 2016 e 2017, como também de conversas e falas no momento das atividades da residência. Como resultado deste aprofundado processo de estudo, é visível que, em relação aos diversos aspectos conjunturais do controle social que desencadeia em seus limites e possibilidades, esses estão fundamentalmente interligados com os problemas relacionados aos encaminhamentos e sua operacionalização, uma vez que a atuação do CLS constitui-se em rede que necessita de fortalecimento constante. Sendo assim, tem-se que o controle social na saúde, a partir da institucionalização que é viabilizada na lógica dos conselhos de direito enfrenta desafios e limitações que são traduzidas em diversos momentos nos seus espaços de luta, mas também se constitui como potencial espaço para a materialização da participação social na tomada de decisões das políticas públicas.

Palavras-chave: Controle Social; Conselho Local de Saúde; Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

A partir de la experiencia como residente multiprofesional en salud de la familia, en el momento de la educación en servicio, y en la participación cotidiana de las actividades del Centro de Salud del JardimAtlântico y, especialmente de los primeros pasos del Consejo Local de Salud del JardimAtlântico, Florianópolis, manifestó - la curiosidad y, sobre todo, la motivación para la investigación de la referida temática: cuál es la importancia del control social en la salud para el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de la sociedad civil organizada, así como de los espacios colectivos con miras a las conquistas y garantía de los derechos sociales y de la participación popular en la toma de decisión a partir de los Consejos de Derecho. En ese sentido, se utilizaron referencias teóricas para contextualizar la política de salud brasileña en el escenario neoliberal privatista. Para situar y caracterizar el municipio de Florianópolis se realizó la investigación documental, con el objetivo de desentrañar los impasses de la política de salud en el ámbito municipal y su coyuntura a partir de las determinaciones. Así, también a partir de revisión bibliográfica se situó el contexto del control social y su delineación a partir de sus límites y posibilidades. Además, se realizó un panorama general del control social en la esfera municipal y local en Florianópolis, con base en los datos en el Consejo Municipal de Salud (2018). A continuación se realizó la caracterización del barrio JardimAtlântico y del proceso de creación y de la trayectoria del Consejo Local de Salud del JardimAtlântico hasta noviembre de 2018. El proceso de recolección de datos ocurrió a partir de investigación documental en los escritos de los residentes en el momento de las territorializaciones ocurridas en 2016 y 2017, así como de conversaciones y conversaciones en el momento de las actividades de la residencia. Como resultado de este profundo proceso de estudio, es visible que, en relación a los diversos aspectos coyunturales del control social que desencadena en sus límites y posibilidades, estos están fundamentalmente interconectados con los problemas relacionados con los encaminamientos y su operacionalización, una vez que la actuación del CLS se constituye en una red que necesita un fortalecimiento constante. Siendo así, se tiene que el control social en la salud, a partir de la institucionalización que se viabiliza en la lógica de los consejos de derecho enfrenta desafíos y limitaciones que se traducen en diversos momentos en sus espacios de lucha, pero también se constituye como potencial espacio para la materialización de la participación social en la toma de decisiones de las políticas públicas.

Palabras-clave:Control Social; Consejo Local de Salud; Sistema Único de Salud.

“A persistência é o menor caminho para o êxito”

(Charles Chaplin)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMJA - Associação de Moradores do Jardim Atlântico

APS - Atenção Primária a Saúde

CADFAM - Cadastro Família

CADÚNICO- Cadastro Único para Programas Sociais

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Drogas

CAPSII - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial I

CF88 - Constituição Federal de 1988

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

COMCAP - Autarquia de Melhoramentos da Capital

CS - Centro de Saúde

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FHC - Fernando Henrique Cardoso

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OS - Organização Social

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PEC - Projeto de Emenda Constitucional

PL - Projeto de Lei

PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

REMULTSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SINTRASEM - Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Florianópolis

SMS - Secretária Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCR - Trabalho de Conclusão de Residência

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da organização da secretária da saúde de Florianópolis	21
Figura 2 - Construção da horta comunitária I	50
Figura 3 - Construção da horta comunitária II	51
Figura 4 - Construção da horta comunitária III	52
Figura 5 - Horta comunitária I	53
Figura 6 - Horta comunitária I	54
Figura 7 - Lixo e territorialização da PC3 I	56
Figura 8 - Lixo e territorialização da PC3 II	57
Figura 9 - Lixo e territorialização da PC3 III	58
Figura 10 - Revitalização da PC3 I	59
Figura 11 - Revitalização da PC3 II	60
Figura 12 - Revitalização da PC3 III	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista dos CLS atuais no município de Florianópolis	38
Quadro 2 - Descrição dos Grupos realizados	43
Quadro 3 - Descrição do problema I	47
Quadro 4 - Descrição do problema II	47
Quadro 5 - Descrição do problema III	47
Quadro 6 - Descrição das ações planejadas	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A CONJUNTURA MUNICIPAL: IMPLICAÇÕES PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	13
2.1 Contextualização do município de Florianópolis	18
2.2 O município de Florianópolis.....	18
2.2 Projeto Creche e Saúde Já.....	25
3 CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL E SUAS EXPRESSÕES NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS.....	28
3.1 Mobilização social	28
3.2 Sociedade Civil	30
3.3 Controle Social	31
3.4 O Conselho de Saúde	33
4 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO MUNICIPAL: PANORAMA DOS CLS EM FLORIANÓPOLIS	36
5 O CLS DO JARDIM ATLÂNTICO: UMA CONSTRUÇÃO NECESSÁRIA	41
5.1 O bairro Jardim Atlântico	41
5.2 O CS Jardim Atlântico	42
5.3 A criação do CLS Jardim Atlântico	43
5.4 Resultados obtidos no CLS	50
5.4.1 Construção da horta comunitária.....	50
5.4.2 Associação de Moradores do Jardim Atlântico- AMJA.....	55
5.4.3 Limpeza dos terrenos baldios	56
5.4.4 Médico para cobertura da área	62
5.4.5 Sala de vacina.....	63
5.4.6 UPA CONTINENTE.....	63
5.4.7 Adesão dos profissionais	64
5.5 O CLS atualmente.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68

1INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo realizar o estudo acerca do controle social na saúde com enfoque no município de Florianópolis, especificamente a partir da experiência do processo de construção do Conselho Local de Saúde (CLS) do Jardim Atlântico, criado em meados de agosto de 2016, trazendo à tona as principais questões norteadoras do controle social materializado na lógica institucional dos conselhos de direitos e quais seus limites e possibilidades para a construção do processo de garantia do direito a saúde.

A metodologia deste trabalho teve início a partir de levantamento bibliográfico e estudo documental para situar o campo da saúde no estado neoliberal com viés privatista, no qual as políticas sociais estão assentadas, e explicar os efetivos impactos deste contexto no SUS, com os reflexos no município de Florianópolis, bem como a revisão bibliográfica para realizar o estudo acerca do controle social e seus elementos fundamentais. Em seguida foi realizado o resgate a partir dos registros dos residentes para expor o processo de construção do CLS do Jardim Atlântico.

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) está dividido em quatro seções. A primeira busca situar historicamente a política de saúde no contexto macro societário e contextualiza a conjuntura municipal da saúde em Florianópolis e a sua integração junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Após realizar uma revisão do impacto da democratização nacional sobre as políticas para a saúde e das dificuldades de ocorrer o pleno desenvolvimento do SUS devido as diversas implicações trazidas pelo neoliberalismo que foi imposto ao país, o capítulo promove uma contextualização do município de Florianópolis, destacando principalmente a precarização orçamentária que a direção do município impôs à saúde.

A primeira seção é concluída com a demonstração da presença do conselhos locais e municipal de saúde e de sindicatos de trabalhadores da saúde nas ações de resistência política contra as nocivas ações da prefeitura, da câmara municipal de vereadores e da secretaria municipal de saúde de Florianópolis. Para exemplificar este tipo de relação o trabalho recupera as informações sobre o episódio de aprovação do projeto de lei Creche e Saúde Já, criado e aprovado em 2018.

A segunda seção busca expor o movimento que incentiva a conscientização e a mobilização social da comunidade junto aos órgãos municipais que legislam sobre a saúde em Florianópolis. Neste espaço também são definidas algumas categorias teóricas necessárias

para este TCR, como mobilização social, sociedade civil e controle social. A segunda seção por fim define o conceito de conselho de saúde que é utilizado neste trabalho.

A terceira seção é reservada para contextualizar o cenário identificado nos CLS em Florianópolis, com foco na participação social da comunidade. Também são mapeados os atuais CLS, seu panorama geral e as articulações que possuem junto à secretaria municipal de saúde.

A quarta e última seção apresenta e contextualiza o CLS do Jardim Atlântico, seu processo de construção e os desenvolvimentos observados após a sua implementação e a articulação que promove com a comunidade do bairro.

Nesse sentido, com o estudo deste trabalho, é percebido que o controle social na saúde, a partir da sua institucionalização e no cotidiano do funcionamento dos conselhos de saúde, enfrenta desafios e limitações próprio de sua conjuntura, estes percebidos em diversos momentos nos seus espaços de luta, mas também se constitui como potencial espaço para a materialização da participação social na tomada de decisões das políticas públicas.

SEÇÃO 1

2O CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A CONJUNTURA MUNICIPAL: IMPLICAÇÕES PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Daremos início a esta seção, trazendo uma breve contextualização do SUS, no que tange a sua formação e, como a saúde se insere nas políticas sociais diante da conjuntura desenhada pelo neoliberalismo¹ que é vigente desde o processo de construção e consolidação do SUS. Após, traremos a exposição do panorama geral da conjuntura da política de saúde no município de Florianópolis, explanando acerca de seus limites e desafios impostos pela conjuntura neoliberal e de desmonte do SUS, a qual está inserido.

Pode-se afirmar que o Brasil é o país que conta com o mais amplo e significativo sistema de saúde público do mundo, com caráter universal, sendo legalmente constituído como direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2009). O SUS é o resultado de uma trajetória histórica de tensões por meio de lutas e reivindicações, principalmente da classe trabalhadora, sendo vivenciadas até os dias atuais. Construiu-se em um contexto de disputa de classes, concomitantes a transformações do período de sua idealização e construção (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009), o SUS é resultante de três momentos importantes no cenário brasileiro: primeiramente o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que foi e é um movimento social significativo com a bandeira de democratização da saúde e reorganização dos seus serviços, o qual foi e é composto por trabalhadores e estudantes, principalmente da área da saúde, bem como por entidades sindicais, entre outros, com início marcado em meados de 1970. O segundo momento foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual foi singular para impulsionar a implantação do SUS, com as contribuições legais extraídas deste evento para a construção da Carta Magna de 1988 e das demais legislações que compõem a construção do SUS e que segundo Labra (2006) foi decidido instaurar uma gestão democrática baseada na participação dos cidadãos comuns de forma a propiciar o controle social sobre a produção e execução das políticas

¹Harvey (2008) define que o neoliberalismo é uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas [...]. HARVEY, David. O neoliberalismo: História e implicações. São Paulo: Edições Loyola. 2008.

setoriais. Na sequência, foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF88). A formação do SUS, pós CF88 é ainda complementada e consolidada pelas leis n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/1990, as quais, de acordo com Moraes (2017) contribuíram para a regulamentação e organização do SUS, reafirmando seus princípios fundamentais. Esta legislação também faz parte de um momento de luta, uma vez que se situam em um momento histórico de forte intensificação da ascensão do capitalismo mundial, que reverbera em economias dependentes, como é o caso brasileiro.

Moraes(2017) também indica que esse período de luta e conquistas de direitos, como a CF88 e a vinda do SUS, vivenciados no Brasil, foi repleto de medidas e contrarreformas do Estado para favorecer a ascensão do neoliberalismo no Brasil que florescia em solo fértil no país na década de 1990, em uma relação conjunta com o capitalismo mundial, ocasionando tensões para a efetivação do que estava previsto na CF88:

Os impactos dessa crise no Brasil podem ser analisados em diversos âmbitos, o quadro é nefasto e demarcado principalmente na década de 1990 nas diversas contrarreformas do Estado brasileiro. As cartilhas de organismos multilaterais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), estabeleciam diversas medidas de ajustes, principalmente aos países de capitalismo dependente, impondo ‘reformas estruturais’, como a redução no financiamento e provisão das políticas sociais. As principais expressões desses ajustes em resposta à crise para o Brasil acabaram sendo implementadas no governo do Fernando Henrique Cardoso (FHC), através do ‘Plano Real’ e do Plano Diretor Plano da Reforma do Estado capitaneado por Bresser-Pereira, sob a justificativa de uma dita ‘crise fiscal’ e preocupação com o equilíbrio das contas públicas nacionais, mas que se concretizavam em um quadro de contrarreformas (MORAES, 2017,p. 23).

De acordo com o exposto, pode-se dizer que o processo que culminou na formação do SUS, foi repleto de tensionamentos resultantes da conjuntura econômica e política daquela época.

É importante lembrar que o SUS conta em caráter complementar com a iniciativa privada, amparada legalmente pelo artigo nº 21 da Lei nº 8.080/1990, além da constituição federal de 1988. O artigo nº 21 da respectiva lei traz a garantia que: “*A assistência à saúde é livre à iniciativa privada*”. Ou seja, a Lei Orgânica do SUS a partir do artigo em questão, abre portas para a iniciativa privada em diversos âmbitos relativos ao setor de assistência à saúde (PAIM, 2009). Esta complementaridade do setor privado resulta no que temos hoje e que reverbera no âmbito municipal, como a privatização da saúde a partir da tentativa da entrada de Organizações Sociais (OS), e como Paim (2009) lembra: o corte de recursos financeiros e investimento de recursos em setores privados, como o caso do Programa Farmácia Popular, financiamento de exames em empresas privadas, entre outros.

Paim (2009) exemplifica em sua obra *O que é o SUS*, sobre a participação da iniciativa privada no Sistema, o que traz a contradição em relação a sua sigla:

Portanto, o sistema de saúde no Brasil, apesar de adjetivo único, é composto por estabelecimentos e serviços pertencentes a diversas organizações públicas e privadas, estas com fins lucrativos ou não. Hospitais beneficentes e filantrópicos, por exemplo, são organizações privadas sem fins lucrativos. Podem até cobrar pelos serviços prestados, mas a princípio não visam ao lucro (PAIM, 2009, p. 14).

Paim (2009) traz que assim como em todos os sistemas de saúde, que tem o intuito de promoção da saúde na sociedade, também são espaços de constante disputa de interesses, por se tratar de uma área complexa e que necessita de uma vasta gama de serviços e setores para o seu desenvolvimento e organização. A exemplo, a área de produção de conhecimento em saúde, de tecnologias, de financiamentos para pesquisas e inovações, indústria mercantilista farmacêutica, *etc.*, uma vez que tais espaços encontram solo fértil para a produção de seus serviços na lógica de mercado, o que objetiva o lucro e não o direito a saúde.

Contudo, mesmo neste sistema de serviço de saúde é difícil verificar um objetivo único. Distintos objetivos manifestam-se no seu interior e muitos interesses externos atravessam o sistema. Assim, o objetivo pode ser assegurar a saúde das pessoas, mas também o lucro dos empresários e o emprego dos trabalhadores que atuam no sistema (PAIM, 2009, p.17).

Nesse sentido, a partir da premissa de ser dever do Estado a garantia da saúde para toda a população, temos um marco contraditório e de difícil concretização, uma vez que no contexto neoliberal temos a disputa de classes evidenciando a tensão em qualquer tentativa de ascensão da classe trabalhadora na conquista de seus direitos, bem como o contexto de contrarreformas do Estado que acarreta no desmonte e sucateamento do pouco que ora foi conquistado (MARTINS, 2016). Seguindo as reflexões de Martins (2016), assim como a seguridade social e demais direitos sociais, o SUS enquanto política social, é essencialmente contraditório e constitui-se como espaço de disputas, ao passo que as políticas sociais ocorrem não só para a garantia de direitos, mas também para a própria manutenção e reprodução do sistema capitalista, ainda que tenham o viés de garantia de direitos da classe trabalhadora. Segundo Paim (2009) a dificuldade de garantia de direitos a partir do cenário neoliberal, o qual reflete no campo, político, econômico, ideológico e cultural:

[...] é muito difícil garantir o direito universal à saúde e organizar um sistema em função das necessidades da população, quando grandes interesses econômicos invadem o setor, conformando um complexo *médico-industrial* orientado para a competição e o lucro; ou então quando a ideologia dominante reforça o egoísmo e a competição, secundarizando os valores éticos de solidariedade e igualdade, bem como o respeito e a compaixão pelo outro (PAIM, 2009, p.22).

Logo, assim como todas as políticas sociais, o SUS representa um campo contraditório, ao passo que se tem legalmente a afirmativa de garantia da promoção, proteção e prevenção da saúde, também atende os interesses do capital, que necessita de manutenção de sua ordem, com o controle da classe trabalhadora por meio da disponibilização de recursos para a manutenção do trabalho, como a saúde, educação, assistência social, essencialmente em caráter mínimo e focalizado e não na lógica de garantia de direitos, pois ajudam a reproduzir a força de trabalho e a baratear o capital (MARTINS, 2016).

Para entender o cenário onde as políticas sociais se inserem, Vasconcelos (2015) explica sobre quais os sentidos das políticas sociais no âmbito do contexto capitalista vigente.

É nessa medida que se, por um lado, a política social é acessória na busca de respostas às necessidades sociais e demandas dos trabalhadores, por outro lado, ela é relevante, quando não, em alguns momentos, central, no controle das massas trabalhadoras, relegadas que essas massas são a precárias, quando não bárbaras, condições de vida e de trabalho à condição de beneficiárias dos serviços **socioassistenciais** e não sujeitos de direitos deles (VASCONCELOS, 2015, p. 157, grifos da autora).

A questão comentada acima, sobre o conflito entre ser beneficiário ou possuidor de direito legítimo, intensifica-se no contexto neoliberal e histórico de capitalismo dependente² o qual o Brasil tem na origem de sua economia colonial de exploração, com cultura escravista e que também passou por uma ditadura militar de 21 anos, a qual intensificou a ascensão do capitalismo no país, e que atualmente se encontra e ainda se materializa a partir das diversas contrarreformas do Estado, onde as políticas sociais são essencialmente minimalistas, restritivas e focalizadas, como é o caso da assistência social, e com a saúde, temos o sucateamento e retrocesso de todas as sortes no SUS, a exemplo das privatizações na saúde, precarização do trabalho, cortes orçamentários, oferta de recursos em saúde menor do que a demanda, ocasionando filas e demanda reprimida, entre tantos outros.

Lara (2014), também reflete sobre o contexto das políticas sociais, colocando que estas também são interessantes para o controle, por meio da conformidade da classe trabalhadora, apoiando desta forma a ascensão e consolidação do capital. Nesse sentido, lembramos também que o avanço das melhorias nas políticas sociais e o emprego de investimento para estas não é atraente ao capital. Dessa forma, no cenário neoliberal que cada vez mais avança com suas contrarreformas, tal conjuntura concretiza-se. Ou seja, refletir acerca de políticas

² O capitalismo dependente é uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo marco as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência (TRANSPADINI; STELDILE, 2005, p. 141).

sociais nesta conjuntura é pensar que são importantes e indispensáveis para a manutenção da ordem, mesmo sabendo que elas são fruto de tensões advindas das lutas da classe trabalhadora pela garantia de seus direitos.

Desse modo, o principal aspecto das políticas sociais deriva fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização dos trabalhadores. Portanto, ao debater trabalho e política social é necessário posicioná-los no antagonismo de classes e não esquecer que as políticas sociais foram e são necessárias ao Estado sob a égide do capital; são importantes para a organização da produção capitalista e, por conseguinte, da reprodução da força de trabalho (LARA, 2014, p.417).

Martins (2016) lembra ainda que todas essas mudanças impostas pelo neoliberalismo se unem a características típicas de um país com economia dependente, patriarcalista e familiarista como o Brasil, que vai dar forma ao viés do neoliberalismo à sua maneira.

Nos anos 1980, o cenário brasileiro presenciou um tempo de agravamento da questão social. E, logo na década seguinte, enfrentou o dismantelamento estatal diante do governo intensamente neoliberal de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em que foi marcado por diversas privatizações, retrocessos de direitos sociais e reformas de Estado para favorecer o neoliberalismo. A seguridade social sofreu ataques de todos os lados, com as diversas privatizações e a implementação de programas sociais de cunho assistencialista e focalizado, bem como a ascensão e fortalecimento do terceiro setor³.

Podemos dizer então que o SUS já nasce repleto de barreiras que o impedem de qualquer tentativa de progresso. Mota, Maranhão e Sitcovsky (2010, p.185) explanam sobre os fatores conjunturais que demandam a estruturação estatal neoliberal:

[...]do movimento de internacionalização do capital, obrigando os países periféricos a adotar um modelo de desenvolvimento amparado no endividamento externo, sob o discurso da retomada do crescimento econômico, da necessidade de inserção do país na economia globalizada e da também premente redefinição das funções do Estado (MOTA; MARANHÃO; SITCOVSKY, 2010, p.185).

Com a análise realizada até aqui, concluímos que o SUS, enquanto política social que é, ainda que seja fruto de uma trajetória histórica delineada por lutas e constante disputa de interesses desde seus primórdios até os tempos atuais, é articulado e se materializa pela lógica de consenso, sendo este importante também ao capital, tanto para o controle e manutenção mínima da classe trabalhadora, como também um campo com solo fértil para a mercantilização dos direitos através da privatização dos serviços públicos. A CF88 já é

³ Este conceito seria designado para diferenciação do público e do privado, como bem problematizado em Montañó (2002).

promulgada em um cenário nem um pouco favorável para a sua efetivação, e sua construção e consolidação é contraditória por ter elementos que não estão de acordo com as reivindicações dos movimentos que a constituem, sendo um processo de disputa em campo contraditório. É possível verificar tais ataques traduzidos em privatizações do que é público, cortes orçamentários, emendas constitucionais e legislações que são estruturadas para favorecer tais retrocessos, entre outros.

A partir da contextualização, podemos pensar que o município de Florianópolis está incluído nesta conjuntura econômica e política neoliberal, onde não foge a tais traços em seu espaço histórico de construção social das políticas públicas.

2.1 Contextualização do município de Florianópolis

A partir do exposto anteriormente, o qual deu historicidade e contextualizou brevemente a política de saúde brasileira, e não se pode deixar de lembrar que Florianópolis por sua vez está diretamente inserida e sendo assim não foge aos traços impostos pelo neoliberalismo e vivencia os reflexos das contrarreformas. Buscaremos trazer um panorama geral de exposição da conjuntura municipal a partir do entendimento de que a política de saúde em Florianópolis é desenhada pelas mãos da conjuntura econômica e política imposta historicamente, refletindo assim na privatização e nos constantes ataques e desmonte do SUS.

Para tanto, utilizaremos como base fundamental de análise os escritos em diário de campo enquanto residente, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), informativos do Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal de Florianópolis (SINTRASEM) e o estudo de Pereira (2018), intitulado: “*As tendências da política de atenção primária em saúde do município de Florianópolis em um contexto de contrarreformas do Estado*”, que traz a exposição e análise da conjuntura municipal e os acontecimentos com recorte histórico entre 2016-2018 sobre os reflexos das contrarreformas do Estado, no âmbito municipal e os retrocessos vivenciados em Florianópolis neste tempo.

2.2 O município de Florianópolis

Iniciaremos com uma breve exposição acerca dos principais aspectos do município de Florianópolis, objetivando situar o leitor sobre os dados demográficos e geográficos e um apanhado da organização da saúde municipal.

A cidade de Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, que juntamente com o Rio Grande do Sul e Paraná compõe a Região Sul do Brasil. De acordo com dados do IBGE (2018), sua população estimada com base no ano de 2017 é de 485.838 pessoas, conta com área de extensão territorial de 675,409 km²(2016) e com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,847 (2010), que é superior à média estadual (0,774) e nacional (0,699). Segundo informações da base de dados Sinais Vitais (2012), Florianópolis apresenta um crescimento demográfico acelerado nos últimos 30 anos, e tal acontecimento se dá pelo fato do fluxo migratório ser considerável com a vinda para a capital de diversas regiões do Estado, de outras partes do país e até mesmo do exterior. Segundo análise ainda deste relatório, estima-se que Florianópolis até o ano de 2030 pode dobrar a sua população, podendo chegar a 1,4 milhões de pessoas (SINAIS VITAIS, 2012, p. 07). Esta fonte ainda sinaliza tendências futuras sobre a delimitação da cidade, tendo em vista o seu crescimento demográfico, possibilidade de aumento da população idosa e adulta:

A análise desta dinâmica demográfica caracteriza Florianópolis como um polo de atração de pessoas, que deve ser considerado para entender os futuros desafios da cidade. O impacto desses fatores sobre as exigências de planejamento e sobre as condições de saúde, educação, segurança e mobilidade urbana serão consideráveis (SINAIS VITAIS, 2012, p.10).

Com relação as taxas de mortalidade, natalidade, saldos migratórios e crescimento a cada cem habitantes, no recorte de 1950-2050, o município contribui para este crescimento populacional e deve-se manter em crescimento gradativo até 2050 (SINAIS VITAIS, 2012, p.09).

Segundo informações do Ministério de Desenvolvimento Social - MDS (2017), Florianópolis tem 0,4% sua população vivendo em região rural, e o restante, 96% em região urbana, o que retrata a característica massiva da população que ocupa as regiões urbanas da cidade. Em relação aos dados que sinalizam a população em situação de extrema pobreza, esta fonte ainda traz que o número é considerável, sendo o total desta população é de aproximadamente 7,108 pessoas, dentre elas são 1.427 pessoas com idade entre 0 a 9 anos, 788 com idade de 18 a 24 anos e 1.014 idosos, com idade de 60 anos ou mais.

Em relação as famílias até setembro de 2018, cadastradas no Cadastro para Programas Sociais -CADÚNICO, representam um total de 47,663, das quais 11.476 são famílias com renda per capita de até 85 reais, 6,318 com renda até 170 reais e 14. 523 famílias cadastradas

com renda até ½ salário mínimo, o que representa um número considerável de famílias em relação a totalidade do município, também há dados do número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família até agosto de 2018, totalizando o número de 13.074 famílias (MDS, 2018).

Adentrando no panorama da estrutura da SMS de Florianópolis, expusemos o organograma que trata de sua organização. Através da disposição organizacional, pode-se ter conhecimento da estrutura complexa que forma a gestão desta Secretaria e que esta percebe apenas o controle social na saúde no patamar mais elevado com Conselho Municipal de Saúde, não aparecendo neste a estrutura organizacional dos CLS no município. O organograma a seguir nos ajuda a compreender que o município de Florianópolis conta com uma estrutura ampla e complexa para a gestão dos seus serviços de saúde existentes em todo seu território de abrangência.

Figura 1 - Estrutura da organização da secretária da saúde de Florianópolis



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. (2018).

Em relação a organização da gestão no território municipal, de acordo com a SMS(2018) este é dividido em quatro Distritos Sanitários. O *Distrito Sanitário do Centro* que é responsável pela supervisão e organização direta dos seguintes equipamentos: Centros de Saúde (CS) Agrônômica, Centro, Monte Serrat, Prainha, Saco dos Limões, Trindade, Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Pantanal, e ainda o Centro de Bem Estar Animal, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad Ilha), um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), o Centro de Controle de Zoonoses e a Policlínica do Centro. O *Distrito Sanitário do Continente* que é responsável direto pela organização e supervisão dos CSs do Jardim Atlântico, do Novo Continente, do Sapé, da Coloninha, do Monte Cristo, da Vila Aparecida, do Abraão, do Estreito, do Balneário, de Coqueiros, de Capoeiras, pelo Almojarifado, pela Policlínica do Continente, e pelo Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad) do Continente. O *Distrito Sanitário do Norte* que supervisiona e organiza os CSs da Barra da

Lagoa, da Cachoeira do Bom Jesus, de Canavieiras, dos Ingleses, de Jurerê, de Ponta das Canas, de Ratoles, do Rio Vermelho, Saco Grande, do Santinho, de Santo Antônio de Lisboa, da Vargem Grande, da Vargem Pequena e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte da Ilha. E o *Distrito Sanitário do Sul* que organiza diretamente da gestão e organização dos CSs do Alto Ribeirão, da Armação, da Caieira Barra do Sul, do Campeche, do Canto da Lagoa, Carianos, da Costa da Lagoa, da Costeira do Pirajubaé, da Fazenda do Rio Tavares, da Lagoa da Conceição, do Morro das Pedras, do Pântano do Sul, do Ribeirão da Ilha, do Rio Tavares e da Tapera, responsável também diretamente pela Policlínica do Sul e pela UPA Sul da Ilha.

Com o recorte entre os anos de 2016-2018, traremos alguns elementos que apontam para os rumos da política de saúde municipal diante do contexto de contrarreformas posto em âmbito nacional. O que pretendemos é elucidar alguns dos inúmeros ataques contra a população e classe trabalhadora, que repercutiram no acesso a saúde e que impulsionaram com os avanços dessas medidas, a necessidade de luta incansável no campo de disputas entre a gestão da política municipal contra os trabalhadores e a população. Podemos iniciar apontando o desmonte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011), uma vez que no ano de 2017 foi aprovada uma nova PNAB, a qual contém retrocessos, como a não participação de usuários no debate para as mudanças, a retirada da obrigatoriedade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no tocante a população referenciada, ficando ao critério de cada gestor a sua definição, o que traz o evidente desmonte da proposta de 2011. Pereira (2018) e Soares (2018) mostram que a nova PNAB é a sinalização de mais uma estratégia do projeto de contrarreformas do Estado.

A proposta da nova PNAB, exemplifica o processo de precarização e contrarreformas qual o SUS tem sido submetido, do ponto de vista estrutural - com retrocessos na própria lógica de operação da política - e também, da concepção de saúde que direciona a nova política. Pois, ainda que exista um tensionamento na própria constituição do SUS - a partir dos movimentos hegemônicos e contra hegemônicos que o fizeram - e, ainda que a APS seja resultante desses tensionamentos, há que se reconhecer, que a política de AB no Brasil, tem avanços no entendimento da necessidade de um processo de trabalho interdisciplinar e olhar integral sobre 49 os sujeitos, e, na compreensão da importância de trabalhar a saúde a partir dos conceitos de promoção e prevenção (PEREIRA, 2018, p.48).

Outro ponto de retrocesso é a extinção do Distrito Sanitário do Leste em maio 2017. O Distrito Leste compreendia os CS do Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Pantanal e Centro, que foram remanejados para o DS Centro. Os CSs Canto da Lagoa, Costa da Lagoa, foram remanejados para o Distrito Sul, e os CS da Barra da Lagoa e Saco Grande agora no Distrito Norte. Tal mudança foi vivenciada no estágio de gestão realizado em junho de 2017, o qual se pôde ver as questões em relação ao remanejamento de profissionais, reorganização

dos espaços de trabalho, quebra de vínculo dos distritos com as equipes dos CS da área de abrangência e readequação de processos de trabalho. O que demonstra que o que ocorre na verdade é a precarização do serviço, mascarada de uma sugerida otimização organizativa (MARTINS, 2017).

Pereira(2018) também indica que apesar da gestão municipal levantar a bandeira de 100% de cobertura nos serviços de saúde e ser referência nacional na área, temos na realidade dos serviços o importante déficit de profissionais, desvios de função, a exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam por vezes trabalho administrativo, deixando de realizar a cobertura necessária no território, o que reverbera no acesso e na qualidade dos serviços prestados.

Contudo, embora o município ofereça atendimento via ESF em toda abrangência de seu território, frequentemente faltam profissionais para completar as equipes. Um dos pilares da Atenção Primária no Brasil são os ACS, contudo, antes mesmo da PNAB-2017, o déficit de ACS no município já era significativo, sendo que há mais de anos não são convocados novos profissionais, gerando uma defasagem expressiva no serviço, pois, tampouco há reposição do quadro desses profissionais por aposentadorias, afastamentos ou desligamentos (PEREIRA,2018, p. 50).

Os reflexos do retrocesso também estão na falta de profissionais para compor as equipes da ESF, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), da Equipe de Saúde Bucal (ESB), bem como de técnicos administrativos e atualmente o movimento que busca a redução da carga horária dos servidores da saúde de 40 horas para 30 horas, que é sem dúvidas um direito dos trabalhadores conquistado via judicial, mas que ocasiona impactos, uma vez que não são contratados mais profissionais para a gestão e cobertura adequada dos serviços, ocasionando mais uma vez a sobrecarga dos serviços e déficit no campo do atendimento integral e continuado.

Também podemos citar o fato de que alguns profissionais do NASF, como psiquiatra e fisioterapeuta que tem processos de trabalho diferentes, foram transferidos para atendimento ambulatorial nas unidades das policlínicas, o que de fato dificulta o processo de trabalho via matriciamento em equipe multiprofissional, por meio de discussão de casos, priorizando atendimentos individuais.

Na medida em que a gestão define que a carga horária de um profissional NASF pode ser, de até 90% em atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual, mas, não garante um mínimo dessa carga horária, para atividades que estejam voltadas a promoção da saúde e/ou ao atendimento e planejamento de demandas coletivas do território – está priorizando um modelo de atenção voltado ao atendimento direto, e, sem garantir inclusive, que esse atendimento direto tenha pressupostos interdisciplinares, por exemplo, pois não prioriza a formação coletiva, os espaços de reunião, como importantes para atuação desses profissionais. Trazer essa problemática, não é afirmar que o atendimento direto não é importante, mas sim, evidenciar, que mesmo com uma legislação que

aponte em seus princípios preceitos do cuidado em uma concepção ampliada de saúde, as bases técnicas desse cuidado, ainda estão voltadas ao modelo tradicional (PEREIRA,2018, p. 53).

Em relação ao campo de recursos financeiros, não pretendemos trazer detalhadamente questões nesse tema. No entanto, podemos citar a decadência materializada no corte de recursos para a área da saúde em 2016 em Florianópolis, que segundo Pereira(2018) a partir de nota lançada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) que anunciava um corte de 28 milhões de reais, juntamente com os outros 11 milhões, já cortados no ano de 2015, o que ocasionou cortena compra de materiais destinados aos serviços e medicamentos, na redução de encaminhamentos para exames, impactando diretamente na qualidade dos serviços prestados na saúde municipal.

Pereira(2018) também sinaliza o que no âmbito nacional estava ocorrendo concomitantemente aos ataques em Florianópolis, aliando-se na conjuntura do projeto de contrarreformas.

Ao mesmo tempo em que há esse corte de recursos no âmbito municipal, no governo Federal, vivenciou-se nesse mesmo ano, a aprovação de um grande contingenciamento das verbas públicas destinadas às políticas sociais. O Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 55, denominada pelos movimentos sociais como 'PEC do Fim do Mundo' que se tornou a atual Emenda Constitucional (EC) n. 95, aprovada em dezembro de 2016, visa o congelamento dos gastos públicos com as políticas sociais, por 20 anos. Certamente, o cenário nacional, implica e repercute na conjuntura municipal. O contexto de recessão econômica, se constitui como uma política de Estado, em nossa análise, o governo municipal de Florianópolis, assim como o Governo Federal, fazem uma escolha, quando da implementação dessas políticas de corte de verbas e/ou congelamento das mesmas(PEREIRA,2018, p.61).

Ainda, podemos citar que já no início do governo de Gean Loureiro(MDB), em 2017, foram encaminhadas para proposta de votação cerca de 40 Projetos de Lei que alterariam demasiadamente a lei municipal para retroceder nos direitos trabalhistas e previdenciários, como alterações em gratificações, licenças, parcelamentos no pagamento de dívidas com os servidores e demais reduções e retrocessos, o que ocasionou na deliberação de uma greve dos servidores que durou 38 incansáveis dias de luta e debate, que segundo dados do (SINTRASEM, 2018), envolveu aproximadamente 5 mil servidores.

No dia 24 de janeiro de 2017, foi realizada na câmara de vereadores a votação do citado Projeto de Lei, que foi aprovado de maneira autoritária, sem nenhum tipo de diálogo com o Sindicato e a comunidade, e demonstrando, a truculência da polícia contra os servidores e população que acompanhavam a votação em protesto (PEREIRA,2018, p. 70).

Diante de toda a mobilização organizada pelo sindicato, Pereira(2018) resume o que ocorreu com este capítulo que representa mais um dos ataques a favor da contrarreforma do Estado, favorecendo o projeto neoliberal.

De acordo com notícia veiculada pelo Sintrase, até dia 17 de janeiro, 25 das propostas do pacote de maldades, haviam sido aprovadas em caráter emergencial, dentre as quais, 11 foram retiradas de pauta e uma arquivada. Frente ao cenário, a greve dos municipais se manteve até meados de fevereiro, durando 38 dias. Após ameaças do executivo municipal, contra o Sindicato e servidores, com tentativas de tornar a greve inconstitucional, os municipais tiveram uma grande vitória, quando o então prefeito, revogou as medidas que já tinham sido aprovadas, acerca das mudanças no Plano de Carreira (PEREIRA, 2018,p. 70).

Nos próximos itens será recuperado um exemplo bastante elucidativo do funcionamento deste dispositivo ao abordar o projeto de lei denominado Creche e Saúde Já, criado em 2018, que também retrata o cenário de tensões entre gestão e segmentos da sociedade civil, tais como trabalhadores da saúde em Florianópolis e segmentos do controle social, quem lutaram contra a ascensão de uma forma de privatização da saúde, viabilizada pela entrega de serviços de saúde para as OS,s.

2.2 Projeto Creche e Saúde Já

Em relação aos ataques vivenciados em 2018, o mais recente foi materializado no projeto criado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis e protocolado na câmara de vereadores em 6 de abril de 2018 “*Creche e Saúde já*” (lei nº 17.484/2018) que serviu como um dos estopins para a greve dos servidores municipais da área da saúde e da educação (quadro civil e magistério) em Florianópolis que durou exatamente 30 dias e foi marcada por mobilizações e lutas desta classe trabalhadora no município e contou com o apoio emobilização da comunidade e outras categorias da sociedade civil.

O projeto “*Creche e Saúde já*”, tem como base a lei das O.S que se ampara no projeto de contrarreformas do Estado e abertura para a privatização dos serviços públicos. Como explica o SINTRASEM (2018), as O.S nasceram no governo neoliberal de FHC (PSDB) com a Lei n, 9.637/1998, que abre portas para empresas privadas (denominadas como OS e ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) administrarem serviços públicos. Geralmente as O.S. são implantadas em áreas que possuem mais recursos públicos, bem como a necessidade da população, como saúde e educação, mas também estão presentes nas áreas da assistência social, esporte e cultura, que não recebem a mesma proporção de

recursos que setores como a construção civil, a saúde e a educação. É uma forma maquiada que o neoliberalismo encontra para privatizar os serviços públicos.

Com a promessa de abertura de 10 novas creches no município e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Continente e com isso a garantia de acesso à saúde e educação da população. A Prefeitura Municipal de Florianópolis investiu fortemente em propaganda veiculada nas redes sociais e mídia regional para a mobilização da população em prol da sua conformidade no projeto. Segundo informativos do SintraseM(2018), foram gastos cerca de 9,8 milhões em propaganda. No entanto, grande parte dos servidores municipais da saúde e educação entraram em greve e iniciaram uma mobilização e luta contra o projeto, seguindo uma agenda incansável de protestos, assembleias, rodas de conversa, aulas públicas, mobilização da comunidade, entre tantos outros espaços de debate.

O projeto em questão foi protocolado sem passar pela avaliação dos conselhos locais e municipal de saúde, o que por indicação do Ministério Público Estadual, não seria necessário uma vez que foi registrado primeiramente em caráter de urgência para passar nas comissões da Câmara de Vereadores até ir a votação, e ainda, com a série de pressionamentos da categoria, este projeto foi encaminhado em caráter urgente urgentíssimo, sendo aprovado em assembleia extraordinária em um sábado de feriado, dia 21 de abril por 16 votos a favor de sua aprovação a 6 contra, lembrando que todos os que votaram a favor são vereadores da base aliada do Prefeito Gean Loureiro (MDB), o que ocasionou muita revolta.

Em pleno sábado de feriado nacional, 21 de abril, dezesseis vereadores da base do governo Gean aprovaram a vontade do prefeito enquanto o povo sofria repressão com spray de pimenta e bombas de efeito moral, com a Câmara de Vereadores cercada pela Polícia Militar e Guarda Municipal. A votação atropelada desrespeitou todos os trâmites legais da casa legislativa, as orientações do Ministério Público, a realização de audiências públicas, a posição do então procurador da Câmara e o apelo popular. Todos estes elementos não impediram Gean de colocar em prática o seu projeto de repassar dinheiro público para empresas privadas (SINTRASEM, 2018,p.1).

O sindicato, juntamente com os CLS e a sociedade civil seguem na luta por reverter este cenário. Foi lançada a coleta de nomes para o Projeto de Lei de Iniciativa Popular que revogará os efeitos da Lei das O.S. pelo PL *creche e saúde já* Para tanto, são necessárias assinaturas de 5% do eleitorado da cidade, ou seja, 17 mil pessoas, para que o projeto comece a tramitar. Tal iniciativa conta com o apoio da sociedade civil, com os trabalhadores e demais seguimentos para que não seja levada adiante mais este projeto de sucateamento e privatização do que é público.

Vale lembrar que o projeto tem como premissa a abertura da UPA do Continente, que faz parte do território do Jardim Atlântico e de 10 novas creches via administração de O.S, no entanto no corpo do projeto ele não especifica essas e dá abertura para que outros setores sejam futuramente administrados por O.S.

O episódio retratado é uma demonstração de que o projeto de contrarreformas do Estado e privatizações de todas as sortes está presente no município, sendo repleto de tensionamentos, o que necessita do fortalecimento e mobilização do controle social para a participação da sociedade na tomada de decisões das políticas públicas.

Diante do exposto podemos concluir que a conjuntura municipal está diretamente ligada ao contexto histórico econômico do país que caminha de acordo com os passos traçados historicamente, e pelo neoliberalismo. Retrata ainda, o campo de lutas e tensões que constituem o processo de formação e consolidação do SUS até os tempos atuais. De um lado, a gestão que traça estratégias em consonância com o projeto privatista e de desmonte de direitos imposto para o fortalecimento e manutenção do capitalismo, de outro lado trabalhadores, sociedade civil, conselhos de direitos na luta contra essas medidas. Nesse sentido, se percebe a fundamental importância da existência de um controle social efetivo na saúde, para fortalecer esses momentos de embate contra as diversas metamorfoses de sucateamento do SUS.

SEÇÃO 2

3 CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL E SUAS EXPRESSÕES NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Tratar sobre o controle social na saúde na lógica institucional dos conselhos requer o resgate de alguns conceitos fundamentais que fazem parte desta temática para que possamos entender seus principais aspectos, bem como situar a leitura.

É necessário então, iniciar esta seção com a conceituação da ideia de mobilização social como pressuposto para a iniciativa do controle social de organização da sociedade civil.

Em seguida, exploraremos sobre o conceito de sociedade civil, sua importância e características para então chegar no controle social a partir das contribuições de duas importantes autoras neste tema, Correia (2007), Labra (2006) e Krüger (2012), assim como a explicação de controle social a partir das legislações que a legitimam.

Realizado isto, será trazido por fim, a questão no controle social materializado na lógica institucional dos conselhos, com as caracterizações dos Conselhos de Saúde.

3.1 Mobilização social

Para iniciar, é importante resgatar brevemente o conceito de mobilização social, que é um dos pilares fundamentais para o controle social. Toro e Werneck (1997) enfatizam que a mobilização social é confundida por vezes com o aglomerado de pessoas em uma passeata e afins, no entanto este tipo de evento não pode ser caracterizado como mobilização de fato. A mobilização é na verdade quando um grupo de pessoas, um coletivo comunitário e social decide de forma coletiva e promove ações para um objetivo comum, buscando desta forma um resultado desejado por todos. Toro e Werneck (1997, p 11) dizem que:

Mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob interpretação e um sentido também compartilhado.

Estes autores também colocam que o processo de mobilização social é uma escolha, uma vez que a participação é um ato de liberdade. As pessoas são chamadas para a participação mas cabe a cada pessoa decidir sobre a sua participação ou não na mobilização social. Tal decisão implica essencialmente na percepção das pessoas de se reconhecerem responsáveis e com potencial de promover mudanças.

Convocar vontades significa convocar discursos, decisões e ações no sentido de um objetivo comum, para um ato de paixão, para uma escolha que 'contamina' todo o cotidiano (TORO e WERNECK,1997, p.11).

Também é importante lembrar, segundo Toro e Werneck (1997) que "convocar vontades implica em abraçar discursos, decisões e ações no sentido de um objetivo comum, o qual estará presente nos espaços de escolhas e decisões. Sendo assim, é evidente que toda mobilização tem um direcionamento e um objetivo pré-estabelecido. A mobilização requer em uma consciência coletiva, daquilo que convém a todos" (TORO; WERNECK, 1997, p, 12).

Sendo assim, cabe situar que as mobilizações sociais têm grande potencial de impulsionar a sociedade para uma determinada direção, sendo permeadas de intencionalidade e objetivo comum, podendo ser de natureza política, com características determinadas, podendo haver na sua motivação uma única agenda de luta ou um apanhado de motivações para a mobilização. Desta forma, podemos dizer que não há neutralidade nos espaços de mobilização social.

A ideia de mobilização social remete ao sentido de participação social, que é por sua vez um conceito que perpassa por diversas áreas, tais como sociologia política, direito, psicologia, administração, entre outros. A partir da reflexão de Mendonça (1987), a participação faz parte de uma diversidade de definições a partir de seus distintos enfoques e seus objetivos específicos. Sendo assim, segundo Alencar (2010, p.9) a definição de participação social é complexa justamente por ser um conceito que apenas é materializado na efetivação da prática social, estando sujeito a redefinições a partir das mudanças culturais e de ideologia de uma determinada sociedade. Portanto seu conceito é reflexo das práticas sociais, que são moldadas de acordo com o contexto nas quais estão inseridos.

Também cabe trazer a discussão sobre o conceito de participação social, a partir das contribuições de Gohn (2001) que mostra a participação caracterizada como um instrumento de integração social, que aprender a participar pressupõe a integração dos cidadãos, para esta autora a participação faz parte fundamental de processos que objetivam a transformação da realidade. A autora ainda traz a discussão acerca dos conselhos gestores sendo estas ferramentas importantes de participação social possibilitando um dialogo a entre a população e o poder público estatal, sendo, portanto, instrumento mediador e negociador entre estes atores ou setores da sociedade. Além dos conselhos gestores, Gohn (2001) indica demais formas de participação social, são entendidas como espaços de atuação participativa e ativa na sociedade: o Orçamento Participativo e os fóruns e plenárias de participação popular.

Nesse sentido se entende que a participação social é fundamental para a vida em sociedade para a solução de problemas sociais e objetivação de um bem comum e permite que os sujeitos de direito façam parte da tomada de decisões dos assuntos que lhe dizem respeito, na esfera individual e coletiva, como nas decisões de políticas públicas, aspectos sociais e econômicos. Conceituada a ideia de mobilização social, elemento integrante de qualquer espaço coletivo de tomada de decisão, traremos na sequência da discussão sobre a sociedade civil e o espaço ocupado por esta.

3.2 Sociedade Civil

Após trazermos a definição de mobilização social, traremos com as contribuições de Correia (2007), a partir da interpretação da concepção de Gramsci⁴ a ideia de sociedade civil, para situar sobre o espaço que esta ocupa no controle social⁵.

A respeito da sociedade civil organizada, é importante colocar que esta categoria se constitui num espaço de articulação institucional das ideologias e dos projetos de classe, expressando a luta, os embates entre projetos em disputa, não estando separada do Estado, mas sim, articulada e sendo constituinte deste. Sendo assim, é necessário entender a sociedade civil como um segmento que faz articulações na disputa de espaço e ideologias e com isso, há conflitos e não tem caráter homogêneo (CORREIA, 2007).

A sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditório. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho[...]. A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da 'direção político-ideológica' (CORREIA, 2007, p.116).

Em outras palavras, a partir da interpretação de Gramsci, podemos dizer que a sociedade civil é parte integrante do Estado, desempenhando o fundamental papel de representare organizar as lutas de diversos segmentos organizativos (igrejas, organizações sociais de diversas naturezas, partidos políticos, etc.), dentro da esfera socialdo Estado, que

⁴ Antônio Gramsci foi um militante do Partido Comunista Italiano e viveu uma conjuntura de mudanças econômicas e políticas, como a Primeira Guerra Mundial, a Revolução Russa, as mobilizações operárias na Europa, a crise de 1929, entre outros. Gramsci atribuiu aos aspectos históricos e culturais e aos movimentos políticos da sociedade civil uma função decisiva na constituição de uma nova hegemonia..

⁵ Controle social foi definido no campo da sociologia norte-americana no século XX. Faz referência aos mecanismos de cooperação e de coesão voluntária da sociedade. É a capacidade da sociedade de autorregulação sem o uso da força.

para Gramsci, pode ser também entendido como a sociedade política, desenvolve por sua vez, o papel de dominação das classes e regulatório por meio da coerção. Nesse sentido podemos entender a importância da sociedade civil como espaço que tem potencial combativo para a luta de interesses das classes.

3.3 Controle Social

Para Correia (2009), a natureza da expressão ‘controle social’ tem origem a partir da sociologia, sendo empregada para definir os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e delineando os seres sociais a determinados padrões e princípios morais, como forma de coerção, no sentido de controle social de pelo Estado e não o controle social por meio da participação da sociedade na tomada de decisões. E desta forma, traz conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados, delimitando o comportamento social. Nas palavras da autora:

Na teoria política, o significado de ‘controle social’ é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado (CORREIA, 2009, s/p).

Barros (1998) define que o controle social é realizado na participação da sociedade civil organizada na tomada de decisão da ação do Estado, em uma perspectiva de democratização dos processos participativos objetivando a efetivação da construção da cidadania. Enfatiza que ao passar dos tempos, os governos encaminham os objetivos de suas ações a interesses individuais para atender interesses de apenas alguns grupos, sem compromisso com os interesses coletivos.

Correia (2009) lembra demais instrumentos e espaços de controle social que são importantes para o conhecimento da sociedade:

Além dos conselhos e conferências de saúde, a população pode recorrer a outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, por exemplo, o ministério público, a comissão de seguridade social e/ou da saúde do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmaras de vereadores, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon), os conselhos profissionais etc. A denúncia através dos meios de comunicação – rádios, jornais, televisão e internet – também é um forte instrumento de pressão na defesa dos direitos. (CORREIA, 2009, s/p).

Correia (2007) conclui que, o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, e sim das classes sociais. Nesse sentido ele é contraditório, uma vez que pertence a interesses de

uma classe ou outra, uma vez que a sociedade civil, integrante do Estado, é este espaço de lutas de classe e disputa de poder, e que o controle social poderá ser materializado por meio de políticas públicas, ou seja, institucionalizado. A autora define que:

[...] o controle social, na perspectiva das classes subalternas, envolve a capacidade destas, em luta na sociedade civil, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses, tendo em vista a construção de sua hegemonia (CORREIA, 2007,p. 118).

Segundo Correia (2007), a expressão controle social é sinônimo de participação social na tomada de decisão e direcionamento das políticas públicas e o tema começou a tomar forma no cenário brasileiro na década de 1980 no período que compreende o processo de democratização e com a institucionalização dos mecanismos de participação social das políticas públicas com a CF88. Para ela:

Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de esse atender, cada vez mais, aos interesses da maioria da população (CORREIA, 2007, p.11).

Cabe lembrar que o controle social apareceu primeiro na área da saúde, uma vez que passou por grande ebulição organização política caracterizada desde o final da década de 70 e com o Movimento de Reforma Sanitária, que foi marcado pela intensa participação dos movimentos sociais e demais seguimentos de militâncias que levantavam a bandeira de rompimento com o modelo “médico-assistencial privatista” (CORREIA, 2007).

Krüger (2012) coloca que as bandeiras das mobilizações que defendiam a saúde pública em conjunto com o Movimento da Reforma Sanitária, também constituíram um espaço importante para a participação social, trazendo avanços para o processo democrático brasileiro. O controle social ganhou espaço a partir daí e passou a ter um direcionamento e função participativa no acompanhamento e fiscalização das políticas públicas, sendo este exercido nos espaços dos Conselhos de Direitos e nas Conferências (KRÜGER,2012; LABRA, 2006). Krüger (2012) ainda lembra que não são apenas estes dois últimos espaços de atuação do controle social:

Na CF/88 foram conquistados vários outros mecanismos de participação e de controle social, como os Plebiscitos (art.14-I), a Auditoria da Dívida Externa (art. 26 das disposições transitórias), a lei de iniciativa popular, o referendo, a audiência pública, a ação civil pública, entre outros. Movimentos sociais, fóruns, associações que integram a sociedade civil também são condutos da participação política que exercem este controle. O Ministério Público atualmente, vem sendo reconhecido como uma instituição importante de controle social com iniciativas próprias ou por demandas da sociedade organizada (KRÜGER,2012, p.37).

Como fica evidente no trecho de Krüger, a constituição federal de 1988 garantia outros instrumentos para ação e controle social nos espaços de saúde. Posteriormente o Ministério Público passou a atuar junto a sociedade civil.

3.4 O Conselho de Saúde

Abreu(2015) lembra que os conselhos institucionalizados e regulamentados que temos hoje são fruto de movimentos sociais que tinham como bandeira a luta e embates com o Estado para que houvesse a participação de segmentos da sociedade civil organizada na tomada de decisão das políticas públicas.

Para definir os Conselhos de Saúde utilizamos a base legal da lei n. 8.142 (1990), que os caracteriza como espaços de caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que tem o papel de atuação na formulação de estratégias e na fiscalização da execução da política de saúde na instância correspondente (Federal, Estadual, Municipal ou local), inclusive no referente aos aspectos econômicos e de finanças, sendo que as decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (KRÜGER, 2012).

A autora reforça que, os espaços dos conselhos são campo de disputa ideológica e política, permeado pela heterogeneidade de distintos interesses sociais, reforçando assim a ideia de que estes espaços são permeados por disputas de poder e de tensionamentos que advém da diversidade de interesses:

Em algumas situações é possível haver pactuações temporárias e direcionadas para algum objetivo, mas um consenso referente a esta composição é difícil de visualizar, caso algum dos segmentos não se coloque em posição subordinada ou não silencie (KRÜGER, 2012, p 40).

Nos escritos de Correia (2007) há também essa reafirmação de que estes espaços têm significativo caráter contraditório com seus limites e possibilidades, e são mecanismos de participação social institucionalizados e conquistados por meio de uma trajetória histórica de luta de diversos segmentos. Nas palavras da autora “podem se constituir em mecanismos de legitimação de poder dominante e cooptação dos movimentos sociais”. No entanto não se pode deixar de considerar que são espaços de grande potencial de participação e de controle social da sociedade civil na direção de garantia e ampliação da democracia e de construção de uma nova realidade (CORREIA, 2007, p.125).

Diante das limitações advindas propriamente da característica desses espaços de controle social, como no caso dos Conselhos de Saúde, sejam estes em qualquer esfera (federal, estadual, municipal ou local) como foram definidos, são heterogêneos no sentido de disputa de projetos e de poderes, de diferentes ideologias, constituindo um campo contraditório, cabe reforçar a partir das palavras de Correia (2007) ainda, que apesar dessas características, também tem-se possibilidades a partir do seu potencial transformador, quando alguns elementos se fazem presentes nestes espaços:

[...] estes canais institucionais de participação abrem à possibilidade de os setores organizados na sociedade civil, que representam os interesses das classes subalternas obterem algum controle sobre as políticas sociais, a depender do seu poder de organização, mobilização, informação e articulação. O controle social, ou seja, o controle dos segmentos que representam as classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização (CORREIA, 2007, p.129).

Correia (2007) coloca que a materialização do controle social de fato nos espaços dos conselhos tem seus limites diversos, a exemplos tanto do lado que compõe a gestão quanto do lado que representa os usuários. Na gestão tem-se por vezes a dificuldade através da falta de transparência das devidas informações, pela manipulação de dados importantes, manuseio indevido de recursos, pela manipulação dos próprios conselheiros para a aprovação ou não de propostas. Em relação aos usuários é percebida a fraqueza política dos segmentos representativos a falta de governabilidade entre quem representa e quem é representado, pela falta de acesso a informação, ainda se tem a presença do corporativismo, que busca a defesa dos interesses próprios de sua entidade. Também há até mesmo o desconhecimento de cada espaço ocupado e de sua importância por parte dos próprios conselheiros a respeito da sua importância na busca de alteração mudança da realidade daquele espaço (CORREIA, 2007, p. 130). É notório também a presença de tais elementos limitantes para e efetivação do controle social na esfera macroeconômica, dada a conjuntura econômica e política, na qual Correia (2007), esclarece:

Os entraves para a efetivação do controle social sobre as políticas públicas também estão em nível macroeconômico e político, dada a predeterminação das definições em torno dos orçamentos públicos, especialmente no que tange aos gastos sociais, resultantes das negociações com os organismos financeiros internacionais em torno das bases para o refinanciamento da dívida externa e da contratação de novos empréstimos. É dentro deste limite maior da sociedade do capital que está situado o controle social em sua contraditoriedade – o controle das classes subalternas na busca da construção de sua hegemonia (CORREIA, 2007, p. 130).

Raichelis(2007) explica que os espaços dos conselhos também desempenham o papel de potencial interlocutor entre a sociedade civil e o Estado na possibilidade de efetivação o da participação coletiva na tomada de decisões, para ela:

Por meio desta interlocução objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debate, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais (RAICHELIS, 2007,p. 83).

Nesse sentido, caracterizamos o espaço dos conselhos de direitos, com enfoque nos conselhos de saúde, que são responsáveis pela discussão, definição e participação na política de saúde de forma institucionaliza. O conselho se destaca enquanto órgão deliberativo, não atingindo apenas o carácter consultivo. É importante lembrar da importância do fortalecimento do controle social, ainda que seus espaços sejam contraditórios e constituintes de luta política, há de se considerar seu potencial transformador e que serve de ferramenta da sociedade civil para interlocução participativa na gerencia das políticas públicas.

SEÇÃO 3

4A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO MUNICIPAL: PANORAMA DOS CLS EM FLORIANÓPOLIS

Nesta parte, realizar-se-á a explanação do panorama geral do CMS de Florianópolis, trazendo seu contexto histórico e estrutural, bem como dos CLS deste município. Para tanto, a principal fonte de pesquisa foi a plataforma virtual do próprio CMS de Florianópolis, onde consta as principais informações sobre este espaço e que guarda também informações sobre os CLS do município. Ainda, foram utilizadas como fonte de pesquisa legislações sobre o controle social municipal, para qualificar a legitimidade institucional destes espaços.

Segundo informações do próprio CMS (2018), há em atuação no controle social, o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis que está de acordo com os requisitos legais estabelecidos, localizado na Avenida Henrique da Silva Fontes, nº 6.100- bairro Trindade-Florianópolis, anexo a sede da Secretaria Municipal de Saúde.

As reuniões ordinárias deste espaço ocorrem mensalmente com a presença de seus conselheiros representantes da sociedade civil organizada na esfera da saúde municipal. Atualmente conta com 24 conselheiros, geralmente as reuniões são agendadas para última terça-feira de cada mês, (exceto quando incidirem em feriados e final de ano) a partir das 13 horas e é aberta ao público, que por vezes conta com a presença de conselheiros locais de saúde, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores, residentes e profissionais de saúde.

As reuniões são realizadas no auditório do CS da Trindade, localizado na R. Prof. Odilon Fernandes, nº 6000 (MARTINS, 2018).

Em relação a trajetória histórica deste espaço, segundo dados do CMS (2018), ele completa em 2018, seu 29º aniversário. Foi criado em 01 de novembro de 1989, pela Lei Municipal nº 3291/89, possivelmente é um dos conselhos municipais mais antigos do país, tem caráter permanente e seu regimento interno foi instituído em 1993. De acordo com o CMS (2018) a composição deste órgão está organizada da seguinte forma:

O Conselho Municipal de Saúde é um colegiado, permanente e deliberativo, com função de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde. De acordo com a legislação vigente, de modo paritário compõe-se da seguinte forma: 50% por representantes do segmento dos usuários; 25% por representantes do segmento profissionais de saúde; 25% por representantes do segmento gestor e prestadores de serviços. O Conselho é organizado em Plenária, Mesa Diretora,

Cabe aqui lembrar que as Plenárias que compõe o conselho são espaços de discussão e de deliberação coletiva de representantes membros dos segmentos dos usuários, dos gestores, dos prestadores de serviço e de profissionais de saúde, sendo assim não é um espaço homogêneo em relação aos interesses de que cada segmento que ali representa. Em outras palavras a plenária também é espaço de disputa de projetos e deliberação coletiva dos encaminhamentos para os caminhos que a política de saúde seguirá.

As plenárias são reuniões convocadas pelo presidente do CMS, que é o Secretário de Saúde, de forma ordinária e mensal e por vezes, quando necessário com caráter extraordinário. As plenárias também podem ser requeridas caso tenha o quórum de 2/3 de representantes das entidades-membro solicitando a sua realização (CMS, 2018, s/p).

Um fato que é motivo de discussão e tensionamento entre alguns dos componentes do espaço do conselho e demais atores envolvidos, é que amparada pela lei n. 3291/1989, que define as atribuições do CMS, e que ainda que sendo revogada em 2016 pela lei n. 10.167/2016, delibera que o Secretário Municipal de Saúde é o “presidente nato”, segundo a reafirmação do art.: fato que gera o discurso pelo fato deste cargo estar submetido ao suspeição, uma vez que o Secretário Municipal de Saúde, na qualidade de presidente do CMS por natureza, tem voto de minerva em algumas situações de votação que direciona os rumos da política de saúde. Sendo este Secretário Municipal, um cargo de confiança indicado pelo gestor municipal, o mesmo poderá ou não atender a interesses da gestão na tomada decisão na qualidade de Conselheiro Municipal.

Em relação a organização interna para o funcionamento do CMS, os conselheiros que compõe a mesa diretora são todos eleitos em Plenária, sendo formado por 3 conselheiros titulares, isto é, não podem ser suplentes, para ocupar os espaços de vice-presidente e primeiro secretário e segundo secretário, com mandato de 2 anos (CMS, 2018, s/p).

Outro elemento importante do CMS é a Câmara Técnica, suas comissões e os Grupos de Trabalho (GT), que o CMS define como:

A Câmara Técnica é um órgão de assessoria ao plenário do CMS em matérias cuja especificidade, importância ou urgência assim o justifiquem, ou atendendo a determinações legais, nas áreas da saúde (programas, vigilância em saúde, atenção primária, etc.) e da gestão e administração de saúde (orçamentos e finanças, instrumentos de gestão, etc.). É formada, paritariamente, por oito conselheiros titulares.

As Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CMS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do Controle Social. As Comissões Intersetoriais buscam fornecer subsídios de discussão ao Pleno para a deliberação sobre a

formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde. Os Grupos de Trabalho (GT) são organismos constituídos pelo Plenário para assessoramento temporário ao CMS, à Câmara Técnica ou às Comissões, com objetivos definidos e prazo para o seu funcionamento previamente fixado(CMS, 2018, s/p).

Outro pilar importante para o funcionamento do CMS é a Secretaria Executiva, que é um órgão subordinado ao próprio CMS, sendo responsável por toda a parte de organização e encaminhamentos deste espaço, pelo suporte técnico administrativo das suas demandas (CMS, 2018, s/p).O CMS também tem o fundamental papel de regular e dar suporte para a criação e legitimação dos Conselhos Locais de Saúde, que são também espaços de controle social na saúde na esfera local. Que realizam encaminhamento das demandas dos bairros para o CMS e que servem como importantes espaços de fortalecimento da democracia deliberativa.

Dito isso, adentraremos agora na esfera local, trazendo o panorama atual dos CLS no município.

Segundo informações da secretaria executiva do CMS o quadro atual dos CLS no âmbito municipal se encontra da seguinte forma:

Quadro 1. Lista dos CLS atuais no município de Florianópolis

CLS Ativos	CLS Para criar	CLS Atualmente desativados
Estreito	Novo Continente	Coqueiros
Balneário	Capoeiras	Costa da Lagoa
Sapé	Caieira Barra do Sul	Canto da Lagoa
Jardim Atlântico	Ribeirão da Ilha	Agrônômica
Coloninha	Santinho	Monte Serrat
Monte Cristo	Vargem Pequena	Carianos
Vila Aparecida	Lagoa	Santo Antônio de Lisboa
Rio Tavares		
Pântano do Sul		
Morro das Pedras		
Campeche		
Alto do Ribeirão		
Tapera		
Costeira do Pirajubá		
Armação		
Saco Grande		
Rio Vermelho		
Ratones		

Inglese		
Ponta das Canas		
Jurerê		
Canasvieiras		
Pantanal		
Joao Paulo		
Itacorubi		
Corrego Grande		
Barra da Lagoa		
Balneário		
Abraão		
Coqueiros		
Prainha		
Trindade		
Centro		
Saco dos limões		
Vargem Grande		

Fonte: Autoria própria.

Florianópolis, que atualmente conta com 49 CS distribuídos em seus DS, e em relação a existência dos CLS, há 45 destes devidamente registrados no CMS, o que representa a cobertura do controle social local em saúde de 91%.

Nesse sentido cabe analisar que houve um importante crescimento da cobertura do controle social local no município, ao analisar os anos de 2007 e 2010:

Até o ano de 2007, havia cerca de 15 conselhos locais de saúde (PMS, 2007); já em abril de 2010 havia 24, distribuídos nos 5 distritos sanitários: 2 no Distrito Centro, 4 no Distrito Norte, 9 no Distrito Sul, 5 no Distrito Leste e 4 no Distrito Continente, cinco deles em formação/reestruturação, e mais 20 a constitui (ABREU, 2012, p.251).

De acordo com informações de um quadro mais geral do CMS (2018) são os CLS em Florianópolis atualmente: CLS do Rio Tavares, do Ribeirão da Ilha, do Pântano do Sul, do Morro das Pedras, do Carianos, do Campeche, do Alto do Ribeirão, da Tapera, do Rio Tavares, da Costeira do Pirajubaé, da Armação, do Saco Grande, do Santinho, do Rio Vermelho, de Ratonas, dos Inglese, de Santo Antônio de Lisboa, de Ponta das Canas, de Jurerê, de Canavieiras, da Vargem Grande, do Pantanal, do João Paulo, do Itacorubi, do Córrego Grande, do Canto da Lagoa, da Costa da Lagoa, da Barra da Lagoa, do Sapé, do Monte Cristo, do Jardim Atlântico, do Estreito, do Continente, do Balneário, do Abraão de

Coqueiros, da Vila Aparecida, da Coloninha, do Saco dos Limões, do Montserrat, do Centro, da Trindade, da Praia e por fim, o CLS da Agrônômica.

SEÇÃO 4

50 CLS DO JARDIM ATLÂNTICO: UMA CONSTRUÇÃO NECESSÁRIA

Nesta seção, iniciaremos com a exposição do bairro Jardim Atlântico e do CS deste território. Na sequência, será feito o resgate histórico do processo de idealização e de construção do CLS do Jardim Atlântico, trazendo também seus limites e possibilidades, a partir da conjuntura em que este se encontra inserido. Para tanto, foram realizadas pesquisas documentais em registros dos residentes das turmas de 2016-2018 e de 2017-2019 da REMULTSF- UFSC, como também de pesquisa em registros de diário de campo da residente e das atas do próprio CLS do Jardim Atlântico.

5.1 O bairro Jardim Atlântico

Segundo informações (GUIA FLORIPA, 2018) o Jardim Atlântico é um bairro da parte continental de Florianópolis. Surgiu quando o interventor federal Nereu Ramos foi ao Rio de Janeiro e soube através de uma pesquisa, que Florianópolis seria uma das menores capitais do Brasil, e com isso buscou realizar uma revisão do território do Estado catarinense, o que resultou em uma porção do município de São José sendo cedida a Florianópolis. Nesse território cedido, houve a criação do loteamento Jardim Atlântico em 1950, uma esperança de que a parte continental de Florianópolis fosse ocupada pela classe média. O bairro inicialmente possuía apenas uma trilha, - atualmente denominada como Rua Nossa Senhora do Rosário. Em 1985 surgiu a comunidade PC3, onde anteriormente era uma região de mangue, sendo modificado pela Prefeitura Municipal (MARTINS, 2017).

O bairro tem característica residencial, na sua grande maioria composto por casas e condomínios residenciais. As atividades de comércio estão principalmente concentradas ao longo da Avenida Marinheiro Max Schramm. Lá, o comércio predominante é o de vendas de veículos, seguido por restaurantes e mecânicas. No bairro existem igrejas de diversas denominações (Católica, Testemunha de Jeová, Adventista, Evangélica, Universal), duas escolas (uma particular e uma estadual) e três creches municipais presentes na área de abrangência. A comunidade possui poucas opções de lazer, sendo observadas a Praça dos Skates, a Associação de Moradores do Jardim Atlântico (AMJA) e grupos de ginástica realizados no supermercado Angeloni (MARTINS, 2017).

Em relação aos equipamentos sociais existentes no bairro, pode-se citar o próprio CS, as escolas e creches, as igrejas, a AMJA e a Escola de Aprendizes Marinheiros. No entanto, o território também possui equipamentos públicos inativos e/ou sem manutenção, como a UPA, Terminal Integrado de Mobilidade Urbana, praças e academia de saúde e a construção inacabada da casa de acolhimento para crianças e adolescentes, ao lado do CS Jardim Atlântico (MARTINS, 2017).

No que diz respeito às características da população, segundo os dados do CadFam (2018) o território possui 4.584 habitantes, sendo 2.539 do sexo feminino e 2.045 do sexo masculino. Em relação à faixa etária, a população fica assim distribuída: crianças (273), adolescentes (486); adultos (2.919) e idosos (915). Portanto, percebe-se que apesar da predominante população adulta, há uma expressiva população idosa.

Quanto à escolaridade, o maior número (1.507) é de pessoas com ensino médio completo, e um número considerável (815) de moradores com ensino superior completo e/ou especializações. Apesar de em menor número (142), é relevante destacar o total de analfabetos (CADFAM, 2018).

Ainda, no sistema de informação CadFam (2018), consta um número pouco expressivo de pessoas com algum tipo de deficiência, sendo 07 com deficiência de locomoção, 10 com deficiência mental, 05 com deficiência visual e 04 com surdez. No entanto, as equipes fazem uso de uma lista específica de pacientes com alguma dificuldade de locomoção até o CS, sendo esta utilizada para realização de visitas domiciliares periódicas (COUTO et al 2017).

5.2 O CS Jardim Atlântico

A atual instalação do CS Jardim Atlântico foi inaugurada em setembro de 2015. Antes disso, era localizado na rua geral, próxima ao atual endereço, onde no local atualmente encontra-se o DS Continente. O CS Jardim Atlântico está localizado na parte continental de Florianópolis, e fica distante aproximadamente 20 minutos distante do centro da cidade. O CS possui estrutura física padrão dos novos CS do município, com horário de funcionamento das 07h00min às 17h00min. O CS Jardim Atlântico possui 1 sala de recepção, 3 salas de espera para consultas, 12 consultórios, 1 sala de vacina, ativada em setembro de 2018, 2 banheiros para usuários e 1 adaptado para Pessoas com Deficiência, 1 farmácia, 1 auditório, 1 copa para funcionários, 3 banheiros para funcionários (MARTINS, 2018). O CS conta também com 1

sala de curativos, 1 sala de acolhimento e procedimentos de enfermagem, 1 expurgo e lavagem de materiais, 1 sala de esterilização, 1 sala para reserva de medicamentos, 1 almoxarifado, 1 sala de consulta de especialidades.

O território do bairro é dividido em duas áreas (10 e 11) e cinco microáreas, sendo que para atendê-las, atualmente conta com 02 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), compostas por: 2 médicos clínico geral, 2 Enfermeiras (1 coordenadora), 4 Técnicas de enfermagem, 1 Cirurgião dentista, 1 Auxiliar de saúde bucal, 1 Auxiliar de limpeza que é terceirizada e 3 ACS. Do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, atualmente conta com 1 Psicólogo, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta, 1 Profissional de Educação física, 1 Farmacêutico e 1 Assistente Social. Além disso, conta com 1 recepcionista, 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais. No ano de 2017 o CS contou com 10 profissionais residentes em Saúde da Família, os quais desenvolveram diversas atividades. Dentre elas, destacam-se: atendimentos/consultas, matriciamento, interconsultas, visitas domiciliares, reuniões de planejamento/equipe, atividades nas escolas e alguns grupos, atividades estas que compunham a educação em serviço da residência. A partir de março de 2018, o número de residentes foi reduzido pela metade, com a saída da turma de 2016-2018 (MARTINS, 2018). O Quadro que segue, mostra os grupos que atualmente são realizados no CS Jardim Atlântico:

Quadro 2. Descrição dos Grupos realizados no CS Jardim Atlântico.

GRUPO	LOCAL	FREQUÊNCIA	PÚBLICO ALVO
Bebês	Auditório do CS	Mensal	Crianças de 0 a 1 ano e seus pais e/ou responsáveis
Atividade Física	AMJA Ou espaços coletivos	Semanal	População em geral
Reunião do Conselho Local de Saúde	Auditório do CS	Mensal	Conselheiros, população em geral
Reunião do CS	Auditório do CS	Mensal	Equipe de profissional do CS
Comissão da Horta	Dependências do CS	Semanal	Participantes da Comissão de organização da Horta Comunitária

Fonte: Autoria própria (2018).

5.3 A criação do CLS Jardim Atlântico

É importante definir antes de adentrarmos na exposição da trajetória histórica do processo de construção do CLS do Jardim Atlântico, o que é de fato um CLS, como suas atribuições e características. De acordo com informações do MS (2018), os CLS são espaços de controle social, sendo órgãos de caráter permanente e consultivo, que integram a unidade de saúde de sua área de abrangência. Por ser um órgão colegiado exerce o seu poder de forma compartilhada entre seus membros, segundo (MS, 2018, s/p) o CLS é:

È um espaço que permite um diálogo entre as partes, possibilitando o reconhecimento da realidade vivida pelos trabalhadores em saúde, administradores, usuários e a sua relação com o sistema Único de Saúde e Rede Municipal. Proporcionar ainda, a denominação no interior do centro de saúde, onde os conflitos aparecem e devem ser trabalhados na busca de um objetivo comum, que no caso é a melhoria da Saúde Coletiva.

É importante lembrar que os CLS não possuem caráter deliberativo, apenas consultivo; e, por isso, é fundamental que esses espaços, por serem instâncias legítimas de representação da sociedade civil organizada, estejam fortalecidos com a atuação do Conselho Municipal, objetivando a comunicação necessária para o desenvolvimento e encaminhamento de ações complementares e de forma que suas demandas e necessidades sejam postas em pauta, debatidas e deliberadas por esse Conselho.

As principais atribuições dos CLS, segundo MS (2018) e a lei municipal de Florianópolis que dispõe sobre os CLS (Florianópolis, 2016), são atuar no planejamento local e avaliar a execução e encaminhamento das demandas no cenário local; atuar no controle social das ações e serviços de saúde ou correlacionadas à saúde municipal e local; colaborar na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da unidade de saúde, participar de ações importantes definidas pelo CLS; estimular o fortalecimento do controle social.

No momento da territorialização da primeira turma de residentes de 2016-2018 REMULTSF-UFSC, muitas questões foram encontradas, e a priorizada para ação imediata foi a construção do CLS do Jardim Atlântico, devido a não existência do controle social na saúde local, uma vez verificada também uma fragilidade na organização comunitária de forma geral, ao mesmo tempo em que existiam inúmeras demandas que poderiam ter a tentativa de encaminhamentos com a atuação de um conselho local de saúde e criação/reactivação de outros espaços de participação popular (BALLESTRERI et al 2016). Para tanto, segundo pesquisa em dados da territorialização da turma de residentes de 2016-2018, foram realizadas algumas ações para a construção do CLS, dentre elas:

Estudar os trâmites legais para formação do Conselho Local, assim como as atribuições do mesmo em todas as esferas: local, municipal, estadual e nacional.

Realizar junto da equipe e lideranças comunitárias formação continuada em relação ao tema. Conversar com as lideranças comunitárias e trabalhar com as mesmas a importância de construir o conselho local de saúde; Agendar uma reunião para formação do Conselho, definindo data junto com a equipe e lideranças comunitárias. Divulgar reunião por meio de: Cartaz, lideranças, atendimentos /grupos e carros de som. Providenciar um espaço paralelo para as crianças durante a reunião. (BALLESTRERI et al 2016).

Sendo assim, o CLS do Jardim Atlântico foi criado em 24 de agosto de 2016, em uma primeira reunião para a sua formação (CLS, 2016). Espaço onde foi discutido a importância da criação do CLS para o fortalecimento do controle social na saúde e explicação de como se dá a organização de suas instancias e seu funcionamento. Estiveram presentes representantes da comunidade, usuários do CS, residentes e profissionais de saúde. Na oportunidade, foi marcada uma reunião para a discussão do regimento interno e apontamentos para eleição dos conselheiros. Em setembro de 2016, foram realizadas as reuniões para a legitimação do CLS do Jardim e definição dos seus conselheiros (CLS, 2016).

Com a chegada dos residentes da turma de 2017-2019 REMULSF-UFSC, houve a inserção nas atividades desenvolvidas do CS e também no apoio dos encaminhamentos já realizado no CLS. Sendo assim. A turma de residentes que iniciou suas atividades em março de 2017, começou sua participação na educação em serviço do CS Jardim Atlântico e a partir da territorialização, pode perceber algumas demandas que poderiam ser encaminhadas para a discussão coletiva no CLS, objetivando a discussão e devidos encaminhamentos neste espaço. (MARTINS, 2017). Durante a territorialização dos residentes em 2017, notou-se a presença de locais onde havia depósito de lixo de forma inadequada, sendo jogado ao ar livre. Ainda assim, existia interesse da comunidade em ocupar esses locais e outros espaços públicos desativados, para uso de atividades comunitárias, como propostas feitas em reunião do CLS (horta, academia ao ar livre, revitalização de praças). (COUTO et al 2017).

Nesse sentido, de acordo com os desafios encontrados na territorialização desta turma de residentes e levados para a discussão posterior no CLS, destacam-se:

Construção da Horta Comunitária; não reposição de médico na área, lixo a céu aberto; terrenos baldios; baixa adesão da equipe aos grupos iniciados pelos residentes; grande número de animais na rua; sala de vacina inativa; baixa participação da população no Conselho Local de Saúde; problemas estruturais/infiltração;dificuldade de acesso a alguns equipamentos sociais-AMJA;Estabelecimentos públicos inativos – praças, construções;número de Agentes Comunitárias de Saúde insuficientes;falta de lixeiras nas ruas;baixa procura da população ao Centro de Saúde;falta de acessibilidade nas ruas;segurança Pública. (COUTOet al 2017).

Após realizar este processo, três problemas foram priorizados, considerando também as possibilidades e limitações da comunidade, dos residentes e da equipe do CS. Os

problemas escolhidos para intervenção foram: lixo à céu aberto; baixa adesão da equipe nos grupos iniciados pelos residentes e baixa participação da população no CLS(COUTO et al 2017).

Com relação à participação da população no CLS, sabe-se que este é um importante espaço para participação e controle social, pois é neste que são levantadas as principais necessidades da população residente no bairro, e realizados os devidos encaminhamentos para a resolução destes. O CLS do bairro Jardim Atlântico tinha sido formado pouco antes da entrada da nova turma de residentes, tendo ocorrido apenas 3 reuniões deste espaço até então e ficou evidente a necessidade de maior participação da população nas reuniões para a garantia de que o CLS exerça sua função de controle social com efetividade. As causas da baixa adesão da população no CLS estão relacionadas ao pouco tempo de atividades do CLS até então; desconhecimento em relação ao funcionamento e os objetivos, e reuniões realizadas em horário comercial. Esse problema pode resultar na dificuldade no encaminhamento das demandas da população (MARTINS, 2017).

O segundo problema priorizado foi o lixo a céu aberto, sendo que o principal foco foi o acúmulo de lixo na PC3 (próximo às residências), o que pode causar proliferação de vetores de diversas doenças. Frente a isso, o acúmulo de lixo presente em um local específico do bairro foi considerado um problema à saúde da população. As causas deste problema podem estar relacionadas à presença de terrenos baldios e cultura de depósito de lixo em local inadequado (este ponto encontra-se em um local de passagem de/para outros bairros). Desta forma, isto pode ocasionar doenças, mau cheiro e aspecto visual de abandono da área (COUTO et al 2017).

Já o terceiro problema priorizado está relacionado ao fato dos profissionais da equipe não participar em atividades iniciadas pelos residentes, como os grupos e CLS, o que se torna um problema, uma vez que essas ações podem não ter continuidade após a saída dos residentes. Este problema pode estar relacionado à falta de percepção da sua importância como participante e organizador dessas atividades. Assim, o principal reflexo é a não continuidade das atividades realizadas no Centro de Saúde com a saída dos residentes. (COUTO et al 2017).

Levando em consideração os problemas priorizados e sua influência na saúde da população local, foram elaboradas ações voltadas a resolver ou minimizar estes problemas. Desta forma, os objetivos, metas e ações estão descritos nos quadros abaixo:

Quadro3. Descrição do problema 1

Problema	Objetivo geral	Metas
Baixa participação da população no CLS.	Incentivar a participação da população no CLS.	Que o número de participantes da comunidade seja maior que o número de profissionais do Centro de Saúde que participam do CLS até o final do ano de 2017.
Causas	Objetivos específicos	
Pouco tempo de atividades do CLS	Fortalecer as reuniões do CLS	
Desconhecimento em relação ao funcionamento e os objetivos	Divulgar as reuniões do CLS e informar sobre o funcionamento deste.	
Reuniões realizadas em horário comercial.	Incentivar autonomia do conselho para que seja decidido o melhor horário para os conselheiros.	

Fonte: (COUTO et al 2017).

Quadro 4. Descrição do problema 2

Problema	Objetivo geral	Metas
Lixo a céu aberto	Eliminar o depósito de lixo em local inadequado.	Diminuir em 100% o depósito inadequado de lixo na PC3.
Causas	Objetivos específicos	
Terreno baldio	Ocupar o espaço para fins úteis à população.	
Cultura de depósito de lixo em local inadequado.	Sensibilizar a população sobre o destino correto do lixo.	

Fonte: (COUTO et al 2017).

Quadro 5. Descrição do problema 3

Problema	Objetivo geral	Metas
Baixa adesão da equipe aos grupos iniciados pelos residentes.	Incentivar a participação dos profissionais nos grupos e CLS.	Que em cada atividade (grupos e CLS) estejam presentes pelo menos dois profissionais da equipe, sendo que um deles seja responsável pela continuação dessa atividade após a saída dos residentes.
Causas	Objetivos específicos	
Falta de percepção da sua importância como participante e organizador dessas atividades.	Sensibilizar os profissionais quanto a importância de sua participação nos grupos e CLS. Criar estratégias para inserir os profissionais nos grupos.	

Fonte:(COUTO et al 2017).

Considerando os objetivos e metas, também foram detalhadas as ações, definindo responsáveis e prazos para a execução, o que está descrito no quadro abaixo:

Quadro 6. Descrição das ações planejadas.

Objetivo específico	Ação	Responsáveis	Período execução
Fortalecer as reuniões do CLS	Participar e propor que cada pessoa que comparecer ao CLS convide outras pessoas para comparecer na próxima reunião.	Equipe do CS, Residentes e conselheiros	Maio a novembro de 2017
Divulgar as reuniões do CLS e informar sobre o funcionamento deste.	Elaboração de cartaz informativo; realizar abordagem na sala de espera e em grupos específicos do Centro de Saúde.	Equipe do CS e Residentes	Maio a novembro de 2017
Incentivar autonomia do conselho para que seja decidido o melhor horário para os conselheiros.	Proporcionar a formação em CLS para os participantes do conselho.	Residentes	Segundo semestre de 2017
Ocupar o espaço para fins úteis à população.	Incentivar a construção e manutenção de uma horta comunitária no local e buscar parceiros (Comcap, Prefeitura, Horto/HU).	Equipe do CS, Residentes, comunidade e parceiros	Maio a novembro de 2018
Sensibilizar a população sobre o destino correto do lixo.	Confecção de placas informando que o local em questão não é adequado para o depósito de lixo.	Equipe do CS, Residentes e parceiros	Maio 2017 a 2018
Criar estratégias para inserir os profissionais nos grupos.	Criar escala de participação de membros da equipe nos grupos. Convidar os profissionais escalados para participar no planejamento dos grupos.	Residentes e coordenação do CS	Maio a novembro 2017
Sensibilizar os profissionais quanto a importância de sua participação nos grupos e CLS.	Explicar o funcionamento de cada atividade, e mostrar como cada profissional poderia contribuir nas atividades.	Residentes e coordenação do CS	Maio a novembro de 2017

Fonte: (COUTO et al 2017).

5.4 Resultados obtidos no CLS

A partir das questões definidas e priorizadas na territorialização dos residentes das turmas de 2016 a 2019, que também foram apresentadas em reunião do CLS para a discussão e atuação conjunta, tendo em vista que eram demandas da própria comunidade, explanaremos acerca dos resultados e encaminhamentos realizados até então pelo CLS. Para tanto, foi realizado o resgate documental nas atas do CLS e conversas com os atores envolvidos neste processo para a obtenção das informações, bem como dos registros pessoais da residente.

5.4.1 Construção da horta comunitária

A construção da horta comunitária nas dependências do CS do Jardim Atlântico foi resultado de uma ação conjunta entre a equipe do próprio CS com o apoio dos seus residentes, do CLS e de demais agentes comunitários que se fizeram presentes neste processo de construção. Tal movimento de organização e criação desses espaços em Florianópolis tem o incentivo da regulamentação das práticas de agricultura urbana no município, que objetiva a distribuição gratuitas de plantas fitoterápicas e temperos, bem como a prática de atividades comunitárias e educação em saúde. A criação da horta comunitária recebeu ainda apoio da COMCAP para a sua construção, bem como o fornecimento de materiais necessários, tais como mudas, compostagem e sementes. A horta foi inicialmente criada a partir de 2 etapas organizadas pelo CLS. Uma no dia da campanha da vacina em 13 de maio de 2017, que foi realizada a atividade de demarcação do terreno para o plantio e preparação da terra, e outra na semana do meio ambiente, em junho de 2017 que foi realizada atividade com apoio do grupo de atividades física, CLS, residentes e demais atores que contou atividades do preparo da terra, organização das sementes e plantio a partir do apoio da COMCAP e convidados especialistas para a orientação sobre o plantio e cuidados na manutenção da horta (MARTINS, 2018).

Em seguida, foi organizado via CLS a organização da manutenção da horta e construção de um espaço nas dependências do CS Jardim denominado “Cantinho da horta” que organiza a distribuição diária de chás oriundos da horta para o consumo mediato dos usuários na espera pelos serviços do CS no espaço da recepção, bem como de disponibilização dos frutos colhidos na horta, tais como chás, temperos e algumas variedades

de legumes, o quais podem ser levados para casa. Nas reuniões do CLS sempre são pautadas questões acerca da manutenção da horta e atualização de demandas para este espaço.

Figura 2 - Construção da horta comunitária I



Descrição:Foto arquivo pessoal da residente. Primeiros passos da construção da horta comunitária, no sábado de campanha da vacina. Na foto estão residentes, profissionais de saúde, integrantes da comunidade e do CLS. Data: 13 de maio de 2017.

Figura 3 - Construção da horta comunitária II



Descrição:Foto arquivo pessoal da residente na ação de primeiros passos da construção da horta comunitária. Na foto estão residentes, profissionais de saúde, integrantes da comunidade e do CLS. Semana do meio ambiente de 2017.

Figura 4 - Construção da horta comunitária III



Descrição:Foto arquivo pessoal da residente na ação de primeiros passos da construção da horta comunitária. Semana do meio ambiente de 2017.

Figura 5 - Horta comunitária I



Descrição:Foto arquivo pessoal da residente, Horta comunitária. Data: 26 de novembro de 2018.

Figura 6 - Horta comunitária II



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Horta comunitária. Data: 26 de novembro de 2018.

5.4.2 Associação de Moradores do Jardim Atlântico- AMJA

A utilização do espaço da AMJA, foi uma das questões levantadas pelo CLS, tendo em vista que o grupo de atividades físicas realizado pelo CS utilizava o espaço da AMJA para a realização de suas atividades semanais. No entanto, foram percebidas dificuldades de comunicação com a presidência deste espaço, que começou com o movimento de cobrança de valor de caráter voluntário para utilização deste espaço. Sendo assim foi colocada a necessidade de rever esta questão, uma vez que tais atividades são um trabalho oferecido pelo

SUS, e que por sua vez não podem de forma alguma serem cobrados, também foi auferido em reunião e discussão do CLS que não haveria nenhum local mais adequado que o espaço da AMJA para a realização dessas atividades, devido a sua localização e espaço.

Sendo assim, pelo CLS foi iniciada a busca documental para obter informações sobre a AMJA, para saber se seu espaço é propriedade da prefeitura e se havia alguma possibilidade de concessão deste espaço via PMF para as atividades do grupo de forma gratuita para a comunidade. Inicialmente, foi encaminhada e realizada reunião de representantes dos CLS com a procuradoria geral do município para discutir o caso e averiguar a regularidade do terreno, uma vez que se for este propriedade da PMF, poderia de alguma forma ter concessão para as atividades do SUS, e não somente para seus associados. Também foram realizadas três reuniões com a comissão de saúde e de direitos da mulher da câmara de vereadores de Florianópolis, com o CLS e com presença da presidência da AMJA, solicitando esclarecimentos por parte desta acerca a utilização dos espaços da associação, tendo em vista a falta de transparência e até mesmo a dificuldade de comunicação com representantes da AMJA. Atualmente, o CLS segue organizando trâmites legais para a regularização das atividades nesse espaço, para que a AMJA seja um espaço utilizado pelo CS/CLS e demais pessoas que quiserem se associar de forma transparente e organizada.

As atividades do grupo de atividades físicas atualmente acontecem no espaço da garagem do CS do Jardim Atlântico e também em grupos de caminhada pelo bairro.

5.4.3 Limpeza dos terrenos baldios

A partir da demanda por limpeza dos terrenos baldios localizados no bairro, onde havia significativo depósito de lixo nestes locais, foi no espaço do CLS, realizado encaminhamento a Secretaria do Continente que é responsável pelas questões da área do Jardim Atlântico, via ofício nominado pela presidência do CLS, a solicitação da limpeza do terreno. Desta forma desde então a limpeza dos terrenos é realizada pela COMCAP pela solicitação do CLS.

Também se nota a inclusão de placas de conscientização para cessão o depósito de lixo nestas locais, que foi uma das ações priorizadas no momento da territorialização. No dia 20 de outubro de 2018, foi realizada uma ação com o apoio da COMCAP, FLORAN, CRAS, CLS e demais lideranças comunitárias para a limpeza e organização dos terrenos baldios. Sendo assim, a manutenção destes espaços seguirá sendo encaminhada pelo CLS, via solicitação

para setores competentes, especialmente para a secretaria do continente que encaminha a COMCAP.

Nas imagens a seguir se pode ver a diferença entre as imagens realizadas no momento da territorialização e após a limpeza dos terrenos.

Figura 7 - Lixo e territorialização da PC3 I



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Terreno baldio da PC3. Data: abril de 2017.

Figura 8 - Lixo e territorialização da PC3 II



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Terreno baldio da PC3. Data: abril de 2017.

Figura 9 - Lixo e territorialização da PC3 III



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Terreno baldio da PC3. Data: abril de 2017.

Figura 10 - PC3 revitalizada I



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Terreno baldio da PC3 após ação do CLS. Data: outubro de 2018.

Figura 11 - PC3 revitalizada II



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Terreno baldio da PC3 após ação do CLS. Data: outubro de 2018.

Figura 12 - PC3 revitalizada III



Descrição: Foto arquivo pessoal da residente, Terreno baldio da PC3 após ação do CLS. Data: outubro de 2018.

As fotos acima retratam a efetiva mudança nesta demanda que foi encaminhada pelo CLS do Jardim Atlântico.

5.4.4 Médico para cobertura da área

Em março de 2017 houve a saída de uma médica cubana advinda do Programa Mais Médicos do governo federal. Na sequência não houve o encaminhamento de outro profissional para ocupar o cargo de médico de uma das áreas do CS, sendo assim a equipe ficou descoberta e o CS enfrentou uma série de questões decorrentes do cenário delineado com a não reposição do médico: sobrecarga de profissionais, uma vez que foi realizado o remanejamento de pacientes da área descoberta para serem atendidos pela médica da outra área, redução do acesso para a comunidade, uma vez que também o CS teve momentos sem médicos, por motivos de férias e afastamentos por motivos de saúde da médica.

Nesse sentido, esta questão também foi encaminhada pelo CLS, sendo realizada reunião entre CLS e secretário municipal de saúde para tratar da falta de médico na área e questionar a situação, foi encaminhado via CLS movimento de ligações para o setor de ouvidoria da SMS para solicitar cobertura da área com médico. A partir disso, apenas em agosto de 2018 o CS recebeu a reposição de um médico destinado a área que estava descoberta.

5.4.5 Sala de vacina

Desde a inauguração das novas instalações do CS do Jardim Atlântico, em 2015, o mesmo não contava com a sala de vacinas ativa, sendo está habilitada apenas para funcionar nos dias específicos de campanha de vacinação. Segundo informações obtidas em conversa com a coordenação do CS Jardim, este fato ocorreu por determinação da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina que não certificou novas salas de vacinas no município, afirmando que estas deveriam seguir algumas determinações específicas para autorização de atividades. A questão foi levantada no CLS do Jardim e realizada reunião com o secretário de saúde para tratar deste assunto e encaminhar a sua resolutividade. Segundo informações da coordenação do CS, a sala de vacina atualmente está habilitada, funcionando normalmente desde meados de setembro de 2018.

5.4.6 UPA Continente

Em relação ao funcionamento de equipamentos que estavam inativos no território, como o caso da UPA Continente, o qual foi uma das questões levantadas a serem encaminhadas via CLS para buscar a sua abertura. O que se tem é que a UPA atualmente se encontra em processo de restauração predial, tendo em vista o acúmulo de tempo sem manutenção e sua devida utilização, para posteriormente, provavelmente em meados de fevereiro de 2019 ser inaugurada por meio de administração de O.S, o que foi encaminhado e legitimado a partir da aprovação do “Projeto Creche e Saúde Já”, que foi aprovado na Câmara de Vereadores em abril de 2018 o projeto de lei 17.484/2018, que propõe que os serviços públicos – entre eles as unidades de saúde e as creches – possam ser executados pela gestão privada de uma Organização Social (OS). Em relação a isto, o CLS atualmente não realizou a discussão sobre a UPA ser administrada via O.S e sobre quais consequências isto trará para o

contexto da saúde local, ou até mesmo quais seriam as possibilidades de encaminhamentos via CLS para isto.

5.4.7 Adesão dos profissionais aos serviços do CS Jardim Atlântico

Em 2017 e 2018, o CS Jardim Atlântico sofreu a redução do quadro de profissionais, devido a afastamentos por motivos de saúde, entre outros por grande parte dos profissionais, sem a devida reposição ainda que de forma temporária. Nesse sentido, mesmo que tenha sido levantada a demanda pela necessidade de adesão dos profissionais nas atividades do CLS, o funcionamento do CS demanda muito dos poucos profissionais que seguem em atividade para o atendimento ao público, o que reforça a dificuldade de solução da adesão dos profissionais no CLS. Em novembro o CS conta com apenas um médico para atender as duas áreas, devido ao afastamento da médica por motivo de saúde. Ainda há a questão da redução da carga horária dos profissionais para 30 horas, o que também altera o funcionamento do CS, intensificando as atividades destes profissionais, diante desta conjuntura formada. Sendo assim, a questão da adesão enfrenta atualmente dificuldades de efetiva resolutividade, tendo em vista o seu quadro de recursos humanos. Segundo informações da coordenação do CS, foi decidido pela SMS que o CS Jardim Atlântico será sede da farmácia de referência a partir de 01 dezembro de 2018, nesse sentido, foi encaminhado um documento pela coordenação do CS, registrando a necessidade de encaminhamento de profissionais para a manutenção e prestação dos serviços desta unidade, o documento foi encaminhado para o DS do continente em novembro de 2018.

Com a saída da turma de residentes em março de 2019, se torna mais evidente a necessidade de busca pela adesão dos profissionais nas atividades do CLS, que será uma demanda a ser levantada posteriormente no CLS, segundo informações da coordenação do CS.

5.5 O CLS atualmente

O CLS atualmente se encontra em situação regular com registro no CMS. Segundo informações obtidas a partir de leitura da ata da última reunião do CLS, em 10/09/2018, foi realizado um espaço de conversa com os presentes em relação a conjuntura atual do funcionamento do CS Jardim Atlântico, informes sobre a abertura da sala de vacinas a partir

de setembro de 2018 e da permanência do médico no CS. Nesta reunião, não foi marcado encontro posterior para o mês de outubro e o CLS até metade do mês de novembro de 2018 não havia agendado reunião mensal, sendo que apenas na última semana a reunião mensal foi agendada para ocorrer no dia 28 de novembro de 2018. Em conversa com a coordenação do CS, foi colocado que o agendamento das reuniões do CLS deve ser organizado pela Presidência do CLS e nesse sentido a equipe estava esperando manifestação desta. Desta forma cabe perceber a importância do engajamento necessário por parte da comunidade e demais atores envolvidos nas atividades deste espaço de controle social, com vistas a dar continuidade e fortalecimento do CLS do Jardim Atlântico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este TCR buscou revelar a partir da vivência enquanto profissional da saúde em uma residência multiprofissional em saúde da família o observado ao longo dos últimos anos, trazendo o estudo teórico acerca do controle social para revelar seus limites e possibilidade para a área da saúde, a partir da experiência de construção do CLS do Jardim Atlântico.

Ao descrever as preparativas prévias a instalação do CLS do Jardim Atlântico e os seus primeiros meses de vida, a pesquisa busca revelar as relações ente o controle social que é exercido na saúde e o consequente envolvimento da sociedade civil e de seus coletivos na luta pela garantia e pela manutenção de direitos sociais na área da saúde, bem como da sua fundamental importância para o apoio do encaminhamento de questões no âmbito local, para objetivar a sua resolutividade.

Em complemento recupera a participação popular nas tomadas de decisões e nas ações de melhoria no bairro do Jardim Atlântico. Ao dialogar com a literatura que versa sobre temas próximos, busca sustentar teoricamente o que é observado de maneira empírica, a partir da vivência e participação nas atividades e encaminhamentos do CLS em questão.

A construção de todo o panorama da saúde em Florianópolis auxilia a localizar onde a pesquisa se inclui e os seus impactos na estrutura da saúde pública no município. São revelados os seus principais agentes, as instituições por trás e constituintes das políticas públicas na saúde em Florianópolis e as dificuldades que são impostas ao SUS pelo governo municipal, que desencadeiam em um cenário de sucateamento e retrocessos na saúde, onde percebe-se a importância de efetivação de um controle social fortalecido e não apenas para estabelecer o cumprimento de determinações legais.

O estudo permitiu ainda a compreensão das principais demandas que foram identificadas ao longo do período de residência, traçando os avanços que foram observados, os entraves que são identificados e os desenvolvimentos que permanecem em transição ao término da residência, do quais também se percebe a importância de estabelecer estratégias para a continuidade das atividades do CLS Jardim Atlântico, tendo em vista o apanhado de ações até então desenvolvidas com o apoio deste espaço, que são de fundamental importância para o desenvolvimento do território em questão e especialmente em questões de saúde.

Destaca-se a importância para a consulta das anotações, relatórios e atas que foram produzidos previamente por outros residentes ou em conjunto com estes, na construção das percepções sobre o CLS do Jardim Atlântico. A leitura e consulta para estes materiais se

revelou um recurso fundamental para compreender a organização cotidiana e o funcionamento do CLS do Jardim Atlântico. Nesse sentido, é percebida a importância das atividades de educação em serviço da residência tanto para o apoio e acompanhamento das atividades de controle social local, como também para a formação em saúde destes profissionais.

A estrutura de controle social municipal e a secretaria municipal de saúde se revelaram instituições com bastante capacidade de influência e controle social na área da saúde do município, o que pode sugerir que futuras pesquisas concentrem a sua análise nestes atores, ainda que revelem suas limitações institucionais.

Este trabalho conta a história de uma parte do desenvolvimento do CS Jardim Atlântico e como as questões relativas ao seu funcionamento puderam ter o apoio do controle social local a partir da atuação do CLS do Jardim Atlântico.

Por fim, ressalta-se que a pesquisa possui importância ímpar por permitir a exposição do acompanhamento de um CLS e os desenvolvimentos característicos que se revelam em um contexto emergente como é a saúde pública no bairro do Jardim Atlântico.

REFERÊNCIAS

ABREU, Deivid de. *Participação e controle social em um distrito sanitário de Florianópolis-SC. Serviço social e saúde*. 11(2). Pps.: 245-268. 2015.

ALENCAR, H. F. **Participação social e estima de lugar**: Caminhos traçados por jovens estudantes moradores de bairros da regional III da cidade de Fortaleza pelos mapas afetivos. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Fortaleza – CE, 2010.

BALLESTRERI, Ricardo; BURATO, Bruna Westphal; PEREIRA Ellen Caroline; MIOTO, Paola; RECK, Fernanda. **Diário de campo** (anotações dos autores enquanto residentes no REMULTISF - sem publicação). Florianópolis: UFSC. 2016.

BARROS, M. E. D. *O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde*. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998.

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dez. de 1990**. Dispõe sobre a participação na comunidade na gestão do Sistema único de Saúde, no Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como instrumentos de Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 1990.

CORREIA, Maria Valéria C. *Controle social na saúde*. MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Sousa; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs.). **Serviço Social e saúde**. Pps.: 111-136. São Paulo: Ministério da Saúde. 2007.

COUTO, Joaquim Gabriel de Andrade; FINGER, Denise; MALIKOSKI, Tatiane Goetz; MARTINS, Karina Flávia; MORAES, Sheylane de Queirós. **Diário de campo** (anotações dos autores enquanto residentes no REMULTISF - sem publicação). Florianópolis: UFSC. 2017.

FLORIANÓPOLIS. **Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis**. Disponível em: <http://cms.pmf.sc.gov.br/?p=cms>. Acesso em 09 de novembro de 2018.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 10.167/2016**. Dispõe sobre a finalidade a competência a composição e a organização do Conselho Municipal de Saúde dos Conselhos Distritais de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde do município de Florianópolis. 2016.

FLORIANÓPOLIS. **Plataforma virtual da Secretaria Municipal de Saúde**. Acesso disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>. Acesso em 30/07/2018.

GUIA FLORIPA. **Bairros - Jardim Atlântico**. Disponível em: <http://www.guiafloripa.com.br/cidade/bairros/jardim-atlantico>. acesso em 22 /10/2018.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001, 128p.

IBGE. **Estatísticas populacionais**. Acesso disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=4205407>. Acesso em 30/07/2018.

KRÜGER, Tânia Regina (org.). **As conferências de saúde e os planos municipais de saúde: considerações sobre o significado da participação popular em Santa Catarina**. Florianópolis: DIOESC. 2012.

LABRA, Maria Eliana. *Conselhos de saúde: Visões “macro” e “micro”*. **Civitas**. Pps.: 199-221. 6(1). 2006.

LARA, Ricardo. *Notas sobre trabalho e política social no capitalismo contemporâneo*.
PAIVA, Beatriz Augusto (org.) **Sistema Único de Assistência Social em perspectiva: direitos, política pública e superexploração**. Pps.: 413-429. São Paulo: Veras Editora. 2014.

MENDONÇA, L. C. **Participação na Organização: uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas**. São Paulo: Atlas, 1987.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/mds/index.php>. Acesso em: 26 nov. 2018.

TRANSPADINI, Roberta e STELDILE, João Pedro (org.). **Ruy Mauro Marini vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular. 2005.

MARTINS, Karina Flávia. **Os impactos do neoliberalismo brasileiro nos serviços do SUAS: O caso do PAEFI de Palhoça (Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social)**. Florianópolis: UFSC. 2016.

MARTINS, Karina Flávia. **Diário de Campo – 2017**. (anotações da autora não publicado).

REMULTISF – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

MARTINS, Karina Flávia. **Diário de Campo – 2018**. (anotações da autora não publicado). REMULTISF – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e a questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez. 2002

MORAES, Bruna Veiga de. **As tendências teórico-políticas do Serviço Social em relação ao sus nos cursos de residência multiprofissional**(Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde). Florianópolis: UFSC. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

PEREIRA, Ellen Caroline. **As tendências da política de atenção primária em saúde do município de Florianópolis em um contexto de contrarreformas do Estado**(Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde). Florianópolis: UFSC. 2018.

PEREIRA; Isabel. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

RAICHELIS, Raquel. *Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um desafio a ser enfrentado pela Sociedade Civil*. MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Sousa; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs.). **Serviço Social e saúde**. Pps.: 71-87. São Paulo: Ministério da Saúde. 2007.

SINAIS VITAIS, 2013. **Desafios de Florianópolis**. Subsidios para elaboração de planos e metas. Disponível em:

<https://d3351uupugsy2.cloudfront.net/cms%2Ffiles%2F9298%2F1461615385SinaisVitais2013.pdf>. Acesso em: 26/11/2018.

SINTRASEM. **Jornal do SINTRASEM**. Acesso disponível em:

http://www.sintrasem.org.br/files/1098/jornal_os_16052018.pdf. Acesso em 01 de agosto de 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante. *Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS*. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018.

TORO A. José Bernardo; WERNECK, Nísia Duarte. **Mobilização Social**: um modo de construir a democracia e a participação. Brasília: Ministério da Justiça. 1997.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/O Assistente Social na luta de classes**: Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. São Paulo: Cortez. 2015.