

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Débora Martini

Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 12/02/07

FLORIANÓPOLIS – SC
2006.2

Débora Martini

Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social

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

Orientadora: Profa.Dra. Edaléa Maria Ribeiro

Florianópolis – SC
2006.2

Débora Martini

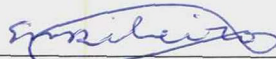
Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado com requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

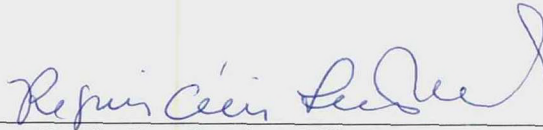
Área de concentração: Formação de Assistente Social

Aprovado em: 12/02/07

BANCA EXAMINADORA:



Presidente: Profa. Dra. Edaléa Maria Ribeiro – Orientadora, UFSC



Membro: Profa. Dra. Regina Célia Tamasso Mioto, UFSC



Membro: Profa. Dra. Claudia Voight, UFSC

Aos meus pais, Olivio e Divane, fontes permanentes de amor e dedicação; por acreditarem em mim e me apoiarem incondicionalmente.

Agradecimentos

A **Deus**, por tudo o que representa na minha vida.

Aos meus **Pais**, por serem meus maiores incentivadores; por estarem sempre ao meu lado e serem o meu porto seguro nos momentos difíceis; pelo exemplo de afeto, respeito, honestidade e amor. Devo tudo o que conquistei a eles, por isso, minha eterna gratidão e admiração. “Amo vocês”.

Ao meu irmão, **Felipe**, pela compreensão e amizade; pela paciência de esperar eu acabar meus trabalhos para só então poder se divertir.

Ao meu amor, **Fred**, por ter compartilhado comigo grandes momentos, pelo apoio, dedicação e compreensão durante esta etapa da minha vida. “Sem você tudo teria sido mais difícil!”

À minha grande amiga, **Danúbia**, por dividir todos os momentos desta longa caminhada comigo, pela paciência de me ouvir nos momentos difíceis e por comemorar comigo minhas conquistas. Obrigada pelas risadas, pelo tempo e pela dedicação. “Espero tê-la como amiga para sempre!”

À minha amiga, **Raquel**, pela alegria compartilhada durante o tempo de monitoria; pelas aventuras e pelas conversas. “Tenha certeza de que todos estes momentos serão guardados no meu coração! Valeu!”

Às minhas amigas, **Juliana, Moanna, Fernanda, Cida e Luciana** por participarem da minha vida cada qual a sua maneira, deixando-a um pouco mais alegre. Obrigada pelos conselhos e pela troca de experiência. “Que o tempo não apague nossa amizade.”

Às minhas **colegas de turma**, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

Aos **profissionais da Unidade Local de Saúde, Conselheiros Locais de Saúde e lideranças do bairro Saco Grande**, pelo apoio, paciência e disponibilidade. “Certamente este trabalho não seria possível sem vocês.”

À professora **Iliane Kohler**, por ter compartilhado seus conhecimentos durante minha formação, mas, principalmente, durante minha experiência como monitora. Sem dúvida, foi a partir dessa experiência que meu interesse pela temática de movimentos sociais e conselhos gestores e de direito se iniciou.

À minha supervisora de campo, **Simone Matos Machado**, pelo ensino da prática e pelo companheirismo durante a realização de meu estágio curricular obrigatório.

À professora Dra. **Regina Célia Tamaso Miotto**, por ter contribuído, de forma imensurável, para minha formação; pela confiança depositada em mim nestes últimos seis meses.

À minha orientadora Profa. Dra. **Edaléa Maria Ribeiro**, pelo exemplo – de professora e profissional – que me inspira todos os dias; pela imensa dedicação, disponibilidade, compreensão e compromisso durante a construção deste trabalho; por ter compartilhado comigo seus conhecimentos e por ter participado da minha vida e da minha formação durante os últimos dois anos.

Resumo

O presente Trabalho de Conclusão de Curso procura adensar a reflexão acerca da contribuição do Serviço Social junto aos conselhos de saúde, tendo como referência a experiência de estágio curricular obrigatório realizado na Unidade Local de Saúde (ULS) do Saco Grande. Experiência que teve como um dos projetos de intervenção a Capacitação de Conselheiros de Saúde. A presente pesquisa tem como objetivo contribuir para a discussão acerca da importância da capacitação de conselheiros de saúde e da inserção do Assistente Social, enquanto profissional competente para o desenvolvimento dessa ação, contribuindo no acesso dos conselheiros de saúde às informações e à participação social nos espaços de decisão e de controle social. Para isso, partiu-se do entendimento de que a partir da Constituição Federal de 1988, com a legitimação de espaços de participação e controle social – entre eles os conselhos – surgiram novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde com o objetivo de atuar na formulação, gestão e avaliação das políticas sociais. Essas atribuições, colocadas aos conselheiros de saúde, têm exigido seu acesso a informações e conhecimentos necessários, o que pressupõe sua capacitação. Dessa maneira, entre os meses de maio a agosto de 2006, foram oferecidas quatro oficinas de capacitação para os conselheiros locais de saúde, moradores e lideranças interessados. Todas as oficinas foram planejadas pela equipe de Serviço Social da ULS. Os resultados obtidos com essa experiência apontam para as dificuldades enfrentadas pelo Conselho na sua atuação e pela própria equipe de Serviço Social na realização das oficinas, mas evidenciam que a capacitação de conselheiros de saúde contribui para proporcionar uma visão mais crítica destes sobre a ULS e os serviços de saúde prestados no bairro, qualificando sua representação. Sendo assim, faz-se necessário considerar os desafios postos para a realização dessa ação, como a formação permanente do profissional que realiza a capacitação, a necessidade de mobilização do bairro para participar das reuniões do Conselho, a fim de se desenvolver uma prática profissional qualificada, engajada na luta pela democracia e pela emancipação dos sujeitos sociais.

Palavras chaves: participação, controle social, prática profissional e capacitação de conselheiros de saúde.

Abstract

The present (TCC) research seeks to deepen the reflection concerning the contribution of the Social Service to the health councils, having the experience of obligatory internship completed in the Local Unit of Health (ULS) of Saco Grande as reference. One of the intervention projects of this internship experience was the training of health counselors. The main objective of this study is to contribute to the discussion about the importance of training health counselors and of the Social Worker's role as the competent professional for the development of this action. The Social Worker provides the health counselors with access to information and to social participation in the spaces of decision and of social control. The Federal Constitution of 1988 legitimized spaces of participation and social control, such as the health councils, and new political subjects emerged from the Health System (SUS) with the objective of acting in the formulation, administration and evaluation of the social policies. This political role attributed to the health counselors demands that they have access to the necessary information and knowledge, what presupposes the existence of proper training. Due to that, between the months of May and August 2006, four training workshops were offered to the local health counselors, local residents and community leaderships. All of the workshops were planned by the team of Social Service of the ULS. Although this research's results unveil difficulties faced by the Council and by the Social Service team in implementing the workshops, they also provide evidence that after they have received training, the health counselors presented a more critical view of the ULS, and the health services offered, which improves their representation. In order to develop a qualified professional practice committed to the fight for democracy and emancipation of the social subjects, it is necessary to consider the many challenges in training the health counselors, such as the permanent development of the professional who offers the training workshops and the need of mobilizing the neighborhood to participate in the Council's meetings.

Key-words: participation, social control, professional practice, health counselors's training

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Interesse em participar das oficinas de Capacitação	69
Gráfico 2 – Temáticas para as oficinas de Capacitação	70
Gráfico 3 – Contribuição da oficina para ampliação do conhecimento dos participantes sobre seus direitos enquanto usuários da saúde.....	72
Gráfico 4 – Avaliação geral da oficina	72

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: A CONQUISTA E LEGITIMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	13
1.1 O Movimento Sanitário, a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde	14
1.2 A Lei 8.142/90 e os conselhos de saúde	22
1.2.1 <i>Participação Social</i>	26
1.2.2 <i>Controle Social</i>	30
1.3 Plano Nacional de Saúde e o Pacto pela Saúde 2006.....	35
2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E SEU PAPEL JUNTO AOS CONSELHOS DE SAÚDE	45
2.1 A atuação do Serviço Social junto aos conselhos de saúde	48
3 CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	57
3.1 A Rede Docente Assistencial e o Serviço Social na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande.....	59
3.1.1 <i>O Conselho Local de Saúde do Saco Grande</i>	62
3.2 A experiência do Serviço Social junto ao Conselho Local de Saúde do Saco Grande: a Capacitação de Conselheiros.....	63
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE	90
Apêndice A - Carta convite da oficina de Capacitação de maio de 2006	91
Apêndice B - Questionário sobre oficina de Capacitação	92
Apêndice C - Carta convite da oficina de Capacitação de agosto de 2006.....	93
Apêndice D - Convite para a oficina Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	94
Apêndice E - Questionário de Avaliação da oficina de Capacitação	95
ANEXOS	96
Anexo A - Ata da reunião de maio de 2006 do Conselho Local de Saúde do Saco Grande...	97

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social” procura adensar a reflexão sobre a contribuição do Serviço Social junto aos conselhos de saúde, tendo como referência a experiência de estágio curricular obrigatório realizado na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande, no município de Florianópolis/SC, no período de abril a agosto de 2006.

Essa experiência teve como um dos projetos de intervenção a capacitação de conselheiros locais de saúde do bairro Saco Grande e levou em consideração, para sua proposição, o projeto ético-político profissional, o caráter político-pedagógico da profissão e as modificações no cenário da política de saúde¹ ocorridas nas últimas décadas. Essas modificações foram trazidas através da Constituição Federal do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988 e se pautaram, basicamente, na busca pela efetiva concretização da cidadania e ampliação da democracia, pela equidade da política de saúde, pela descentralização político-administrativa e na busca pela democratização da gestão pública, através da ampliação de espaços de participação social.

Assim, a participação social tem sido entendida como instrumento de controle social com a participação dos setores organizados da sociedade civil na formulação, execução e avaliação das políticas sociais, tendo como espaços legitimados pela Constituição Federal de 1988 e pela lei 8.142/90 os conselhos, as conferências, entre outros.

A criação e legitimação dos conselhos como espaços de participação e controle social contribuíram significativamente para a consolidação de novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde com o objetivo de atuar na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2006b). As atribuições, colocadas aos conselheiros de saúde, têm exigido deles o acesso a informações e conhecimentos necessários, ou seja, sua capacitação.

Logo, faz-se necessário atentar para questões consideradas relevantes no debate atual de criação e implementação dos conselhos, tais como: a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos sociais, a paridade existente entre sociedade civil e governo e a necessidade de

¹ Cabe destacar que as modificações trazidas pela Constituição Federal também atingem as outras áreas, porém neste trabalho a área da saúde é destacada.

capacitação dos conselheiros – mormente os advindos da sociedade civil, juntamente a necessidade do acesso a informações por parte dos Conselhos (GOHN, 2001).

A capacitação de conselheiros de saúde visa fortalecer esses sujeitos políticos no processo de participação social e contribuir para que a sociedade civil exerça o controle social sobre os serviços de saúde, reivindicando e expressando suas demandas a fim de construir espaços mais democráticos e que atendam aos interesses de todos os sujeitos envolvidos. A capacitação visa, portanto, a participação social.

Baseando-se nisso, este trabalho tem como objetivo geral contribuir para a discussão da importância da capacitação de conselheiros de saúde e da inserção do Assistente Social, enquanto profissional competente para o desenvolvimento dessa ação, visando ampliar o acesso dos conselheiros de saúde a informações e à participação social nos espaços de decisão e de controle social.

Capacitação aqui, é entendida como um processo de aprendizagem contínuo que contribui significativamente para o acesso a informações, para a ampliação do exercício das funções por parte dos conselheiros e para o profissional de Serviço Social como qualificado para a realização dessa ação. Essa qualificação tem como substrato o projeto ético-político, que está diretamente relacionado com a busca pela igualdade, participação e acesso aos serviços e políticas de saúde e o fato de o assistente social ter sido desafiado, a partir da década de 90, a participar da formulação de políticas, programas e projetos e a acompanhar as instâncias participativas, como conselhos e conferências, dentre outros espaços coletivos de participação. Em outras palavras, deixou de atuar somente na execução final de programas e passou a ser incentivador do exercício de controle social e da participação, desenvolvendo ações de assessoria e capacitação de conselheiros.

Deve-se deixar claro, porém, que a capacitação dos conselheiros é apenas uma das contribuições para a efetivação do controle social, visto que outras ações também podem ser desenvolvidas com este propósito, como por exemplo, o fortalecimento das entidades populares e sindicais representadas nos conselhos.

Dessa maneira, este trabalho subdivide-se em três capítulos. O primeiro contextualiza a política de saúde brasileira no século XX, apontando as principais modificações ocorridas nesse período. Apresenta as contribuições do Movimento Sanitário e as mudanças trazidas pela Constituição Federal de 1988, principalmente no que se refere à participação e ao controle social

dentro da política de saúde. E para isso, destaca esses dois termos também dentro do Plano Nacional de Saúde e do Pacto pela Saúde 2006.

O segundo capítulo traz um breve resgate do Serviço Social na área da saúde, desde a década de 40 até os dias atuais. Em seguida, aborda o papel político-pedagógico do assistente social, seu projeto ético-político e as ações desse profissional na área da saúde. Por fim, destaca a atuação do profissional de Serviço Social junto aos conselhos de saúde a partir dos anos 90.

O terceiro capítulo apresenta a experiência de capacitação de conselheiros locais de saúde realizada durante o estágio curricular obrigatório junto à Unidade Local de Saúde do Saco Grande. Experiência desenvolvida a partir da demanda do Conselho Local de Saúde do Saco Grande, considerando os diversos fatores conjunturais que marcaram a trajetória do Conselho no ano de 2006 e o próprio planejamento das oficinas de Capacitação por parte da equipe de Serviço Social.

Por último, faz-se algumas considerações sobre o desenvolvimento desse processo e aponta elementos motivadores para novas experiências e possíveis pesquisas junto a este espaço de atuação profissional.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: CONQUISTA E LEGITIMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.

Pensar a capacitação de conselheiros locais de saúde tendo como objetivo a participação e o controle social destes na área da saúde, no Brasil, só é possível a partir de uma breve contextualização da saúde no século XX e do processo histórico através do qual esta vêm sendo construída.

A saúde pública no Brasil, até a década de 30, esteve voltada para o controle de endemias e epidemias, para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica e para o desenvolvimento de programas voltados para as populações de risco. Esse período caracterizou-se por possuir como modelo de saúde hegemônico o sanitarismo campanhista (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995), que teve como base uma visão que relacionava a “doença à ignorância e desinformação dos indivíduos e não ao modelo de sociedade” (PEREIRA, 1997, p.41). Assim, desenvolvia ações que visavam à educação em saúde com a realização de campanhas de vacinação em massa e ações que se caracterizavam pelo seu caráter esporádico e emergencial. Pode-se afirmar que a saúde, na década de 30, era vista como um “caso de polícia”.

As ações de saúde pública, inicialmente, estavam vinculadas ao Ministério da Justiça, passando, em seguida, para o Ministério da Educação, onde houve a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica e o surgimento dos Departamentos Estaduais de Saúde, que mais tarde se tornariam as Secretarias Estaduais de Saúde. Juntamente com esse modelo hospitalar, foi adotado um novo modelo de saúde, o modelo médico assistencial privatista (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995), onde quem necessitasse de assistência médica ou recorria aos serviços particulares de profissionais liberais ou ao atendimento das Santas Casas de Misericórdia.

Após a década de 30, com o crescimento da industrialização e da migração para os grandes centros urbanos, a atenção médica foi ampliada através da Previdência Social (Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPS e posteriormente, Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS²), porém o modelo de saúde médico assistencial privatista continuou hegemônico. No ano

² Um maior aprofundamento na contextualização da saúde pública brasileira antes da Constituição Federal de 1988 pode ser encontrado em Almeida, Chioro e Zioni (2001); Braga e Paula (1986) e Furlanetto (2004).

de 1953, foi criado o Ministério da Saúde e as ações e serviços de saúde pública foram transferidos para este novo órgão.

Com a ditadura militar, a partir de 1964, os IAPS foram concentrados em um único órgão: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com esta mudança, todos os benefícios foram uniformizados, evidenciando-se o caráter discriminatório da política de saúde no Brasil, mostrando claramente como a qualidade e a quantidade de serviços variavam de acordo com as diferentes frações das classes trabalhadoras.

A partir de 78, no âmbito internacional, surgiu a proposta de priorização da atenção e dos serviços primários de saúde. Já no Brasil, esta proposta veio afirmar a necessidade de ampliar o atendimento médico à população excluída, que até então era atendida somente em caráter de urgência e emergência. Houve, assim, uma ampliação da rede ambulatorial pública apoiada, principalmente, pelo Movimento Sanitário, que estava começando a aparecer.

Cabe destacar que, no período anterior à Constituição de 1988, a participação da sociedade civil já existia e estava voltada para a luta contra a ditadura militar e pela democratização do Estado, porém os movimentos existentes caracterizavam-se por lutas isoladas. Eram dispersos, fragmentados e/ou organizados em torno de carências específicas, como por exemplo, falta de água, luz, esgoto, emprego, entre outras.

—▷ O controle social hegemônico ao longo do período aqui destacado era tido como o controle da sociedade pelo Estado (ALVES, 2004). É somente a partir da década de 80 que a participação e o controle social assumem uma perspectiva mais democrática, sendo agora a sociedade a controlar o Estado, como se verá a seguir.

1.1 O Movimento Sanitário, a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde.

A partir da década de 80, *outros personagens entraram em cena* fazendo com que a saúde deixasse de ser apenas interesse dos técnicos e assumisse uma dimensão política. Entre eles, pode-se destacar o Movimento Sanitário, que tinha como principais meios de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os profissionais de saúde, representados por suas entidades; os partidos políticos de oposição “que

começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política no setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil” (BRAVO, 2006, p. 8-9).

—▷ O Movimento Sanitário surgiu como um modelo contra-hegemônico de saúde, que tinha como principal objetivo encerrar o período de ditadura e ampliar a participação popular através de uma gestão democrática e participativa. Este movimento inspirou-se na Reforma Sanitária Italiana – ocorrida de 1978 a 1984 – e buscava a democratização da sociedade e transformações na área da saúde. A Reforma Sanitária Brasileira tinha como principais ideais a democratização do acesso, a universalização das ações de saúde e a descentralização dos serviços, visando ampliar a participação e o controle social por parte da sociedade civil (BRAVO e MATOS, 2006a) e baseava-se na premissa de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Nessa mesma década a relação entre o Estado e a sociedade civil se modificou. O Estado passou a reconhecer os movimentos como “interlocutores coletivos” (CORREIA, 2005, p.61) e os estes, por meio de políticas públicas, admitiram negociar com o Estado. Nessa perspectiva, o Movimento Sanitário passou a formular alternativas para a política de saúde brasileira (CORREIA, 2005), que teve como marco de luta a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986³.

→ Essa Conferência foi considerada um marco no processo de reordenamento do modelo de atenção à saúde (FURLANETTO, 2004), uma vez que formatou o projeto de Reforma Sanitária, ampliando o conceito de saúde e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde tornou-se direito de cidadania e dever do Estado, cabendo a este garantir “condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (BRASIL, 1996 apud CZERESNIA, 2003, p.43).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde passou a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1997 apud PEREIRA, 1997)

A VIII Conferência Nacional de Saúde também foi considerada um dos eventos político-sanitários mais importantes do país (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995), visto que contou com a presença de milhares de delegados representando os diversos segmentos da sociedade civil –

³ Para aprofundar o tema, ver Almeida, Chioro, Zioni (1995); Mendes (1996).

usuários, trabalhadores de saúde, partidos políticos, movimentos sociais, ONGs, universidades e os diferentes níveis de governo.

Logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, mais especificamente em 1987, iniciou-se o processo de elaboração da nova Constituição Federal do Brasil e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que contaram com as contribuições trazidas pela Conferência. Segundo Wiese (2003), a implantação do SUDS, em 1988, deu início a uma reforma da Previdência Social e retirou a responsabilidade pelas ações da saúde do Inamps⁴. O SUDS incorporou os princípios da Reforma Sanitária e preparou a transição para o SUS, porém não superou o clientelismo e o corporativismo das relações entre Estado e Sociedade e acabou reforçando os mecanismos de universalização excludente⁵ (PEREIRA, 1997).

A mobilização do conjunto da sociedade civil e dos movimentos sociais, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e o processo de elaboração da nova Constituição Federal, entre outros, foram alguns dos fatores que propiciaram a convocação da Assembléia Constituinte em 1987, momento fundamental para a afirmação de uma nova política de saúde, dentre outras políticas sociais. O Movimento Sanitário participou da Assembléia defendendo seus princípios e ideais.

→ A promulgação da Constituição Federal em 1988 materializou um novo modelo de proteção social através da Seguridade Social, que passa a ser constituída pela Saúde, Previdência e Assistência Social. Este novo modelo de proteção entende a Seguridade como dividida em dois eixos, um contributivo – Previdência Social – e outro distributivo – Saúde e Assistência Social (PEREIRA, 2002). Sendo assim, pode-se afirmar que a Saúde e a Assistência inovaram o sistema de proteção social brasileiro, proporcionando, pelo menos no texto constitucional, o acesso universal, incondicional, igualitário e sem contrapartida aos bens e serviços disponíveis (PEREIRA, 2002).

→ O texto constitucional traz, no parágrafo único do artigo 194 e em seus incisos, a forma de organização da seguridade social, que se baseia nos seguintes princípios:

⁴ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O Inamps surgiu na década de 70 a fim de subsidiar as ações de saúde e a estratégia de compras de serviços privados de saúde e foi extinto pela Lei 8.689 de 27 de julho de 1993.

→ ⁵ Segundo o relatório do Cebrap (apud PEREIRA, 1997), universalização excludente pode ser entendida como um processo de universalização dos serviços de saúde que não foi acompanhado pelo aumento de recursos, acarretando assim na queda da qualidade destes serviços e um aumento dos planos de saúde por parte da iniciativa privada. Este aumento ocasionou a perda de parte da população para a iniciativa privada, restando no setor público segmentos sociais menos privilegiados.

- I – universalidade da cobertura e do atendimento;
- II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação no custeio;
- VI – diversidade da base de financiamento;
- VII – **caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.** (BRASIL, 2004a, grifo nosso).

Segundo Furlanetto (2004), os objetivos que baseiam a organização do Sistema de Seguridade Social apontam para o caráter diferenciador das políticas que compõem este sistema, visto que o inciso I compreende apenas a política de saúde, os incisos II e III referenciam a Assistência e os demais englobam as três políticas do Sistema de Seguridade Social.

A Constituição Federal, ao referir-se à saúde, aponta-a, em seu artigo 196, como sendo um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004a). Além disso, entende a saúde como um direito de cidadania e afirma que as ações e serviços de saúde são de relevância pública. Assim, pode-se destacar, segundo Luz (1995, apud WIESE, 2003, p.79) que

a percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 70 e início dos anos 80. (...) Em outro sentido, o lema “saúde, direito de cidadania, dever do Estado” implica uma visão desmedicalizada de saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doença.

— A criação do Sistema Único de Saúde também é afirmada na Constituição de 1988 e as diretrizes que orientam este sistema estão dispostas nos incisos do art.198:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – **participação da comunidade** (BRASIL, 2004a, grifo nosso).

O texto constitucional apresentou diversos avanços em relação à saúde o que permitiu a continuidade da luta política e das discussões sobre o novo sistema de saúde, que só foi regulamentado em 1990 com a criação de duas leis complementares à Constituição e que formam a Lei Orgânica da Saúde – a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90⁶. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, enquanto a última dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde.

—> De acordo com a Lei nº 8.080/90, no seu artigo 4º, o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” e de forma complementar “pela iniciativa privada”.

O SUS é orientado pelos princípios organizativos da descentralização, resolutividade, complementaridade do setor privado, regionalização, hierarquização e participação social e pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, conforme aponta a Lei 8.080/90.

A *universalidade* institui a saúde como direito de cidadania e dever das três esferas de governo. Certamente, é o princípio que melhor representou a mudança do modelo excludente anterior à Constituição, onde somente quem contribuía para a Previdência Social tinha direito à saúde. Pode-se afirmar então, que a cidadania antes regulada, passa a se aproximar mais do princípio de cidadania plena⁷. A *equidade* garante que todo cidadão é igual perante o SUS e por isso, deve ser atendido conforme suas necessidades e particularidades. Por fim, a *integralidade* estabelece que o atendimento e as ações de saúde sejam realizados de forma integrada e voltados,

⁶ O conteúdo desta Lei será abordado mais profundamente no item 1.2, principalmente no que se refere à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

—> ⁷ A cidadania plena está diretamente ligada à garantia de direitos civis, políticos e sociais a todos os cidadãos. Em outras palavras, refere-se à garantia do direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei - direitos civis; ao direito de participar no destino da sociedade, votar e ser votado - direitos políticos e de ter direitos sociais, que garantam a participação do indivíduo na riqueza coletiva, ou seja, o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, entre outros. Para saber mais sobre o assunto ver Pinsky e Pinsky (2003).

ao mesmo tempo, para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, percebendo o indivíduo como um ser humano integral.

Em relação aos princípios organizativos do SUS, a *descentralização* corresponde à distribuição de competências e gestão entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, com um comando único em cada uma delas. Parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para a elaboração da política de saúde. A *resolutividade* significa que os serviços, correspondentes às demandas dos indivíduos, famílias ou grupos, devem ser capazes de resolver estas demandas no nível de sua complexidade.

A *complementaridade* do setor privado significa que, quando os serviços públicos são insuficientes para garantir o atendimento das necessidades da população, o Estado, através da esfera governamental competente, deve contratar serviços privados com vistas a garantir o atendimento a estas demandas. Em outras palavras, a participação da esfera privada pode ser apenas de forma complementar ao SUS e deve guiar-se pelas diretrizes deste sistema. Entidades filantrópicas e sem fins lucrativos têm preferência quando houver necessidade de participação no SUS; e esta participação pode se efetuar através de contratos ou convênios.

→ A *regionalização e hierarquização* defendem a organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade tecnológica, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população que será atendida. A divisão da hierarquização se dá em três níveis: Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade.

→ Segundo Furlanetto (2004), a atenção básica compreende ações individuais e coletivas direcionadas à população com vistas à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Nesse nível destacam-se as unidades locais de saúde. A atenção de média complexidade compreende as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares com o objetivo de atender às demandas de saúde da população que necessita da disponibilidade de profissionais especializados. E a atenção de alta complexidade corresponde às redes integradas de assistência de alta complexidade e serviços que precisam de acompanhamento dos usuários hospitalizados.

E, por fim, o princípio da *participação da comunidade*, que corresponde à participação da sociedade civil, através de suas entidades representativas, no processo de formulação e controle das políticas de saúde, tema que será abordado adiante.

→ A reforma do Estado, implementada nos anos 90, influenciada pelo diagnóstico realizado pelos organismos internacionais de financiamento, como por exemplo, o Banco Mundial, o BID e

o FMI – que aponta falhas da política da saúde, principalmente quando se refere ao atendimento das camadas mais pobres da população e à falta de investimento nas ações de atenção básica – se coloca como um elemento a mais na discussão sobre a política de saúde brasileira e sobre a implantação do Sistema Único de Saúde. Segundo Furlanetto (2004), há uma centralidade de investimento nas ações de média e alta complexidade.

Neste sentido, pode-se afirmar que,

no decorrer do processo de implementação deste Sistema, vários foram os desafios, exigindo, portanto, o desenvolvimento de instrumentos que possibilitassem dar continuidade ao processo [de implementação do SUS], considerando a complexidade do sistema que se apresentava, ao mesmo tempo, unificado, descentralizado, regionalizado, hierarquizado, equânime e participativo (FURLANETTO, 2004, p.36).

Sendo assim, este diagnóstico exigiu que fossem desenvolvidos instrumentos e normas que garantissem a gestão e a operacionalização do SUS: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Durante a década de 90 foram editadas quatro NOBs, a NOB/SUS/91, a NOB/SUS/92, a NOB/SUS/93 e a NOB/SUS/96. Com estas normas publicadas, percebeu-se uma maior regulamentação dos princípios organizativos do SUS.

A Norma Operacional Básica de 1991 surgiu logo após a Lei 8.080/90 e foi instituída pela Resolução Inamps/MS nº 258/91. Esta NOB trouxe algumas alterações no âmbito do financiamento e pagamento de prestadores de serviço e estabeleceu mudanças em relação ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde, além do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação de recursos. A NOB/SUS/92 foi editada no ano seguinte com o objetivo de complementar a primeira.

Em 1993, um grupo técnico e político do Movimento Sanitário definiu e assumiu politicamente a luta pela efetiva implantação do SUS, e essa luta resultou na Norma Operacional SUS 01/93. Segundo Almeida, Chioro e Zioni (1995, p.47),

essa norma pode ser considerada como referência no processo de implantação do SUS, visto que procurou, desde aquele momento, sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços, por meio de um esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e municípios e, por relação, no próprio nível federal.

Assim, redefiniu papéis e relações entre os gestores em todas as esferas de governo e redistribuiu competências às três esferas. A NOB/93 teve como eixo central

a necessidade do desenvolvimento de uma prática de planejamento integrado, pactuado e flexível, em cada esfera do governo, o que permitiria a discussão e a negociação em instâncias colegiadas como: Conferências de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal); Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal); e Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (FURLANETTO, 2004 p.38).

Entretanto, a NOB/93 encontrou alguns obstáculos para a sua efetivação e com isso, três anos mais tarde, foi elaborada uma nova Norma Operacional, a NOB/SUS – 01/96, que tinha como objetivo principal aprimorar e potencializar os avanços e conquistas da NOB/93. A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios. A implantação da NOB/96 ocorreu efetivamente apenas no início de 1998 com o desenvolvimento de ações por parte dos municípios, principalmente na condição de gestão plena de atenção básica.

Em 2001 foi editada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), tem como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade”. Além disso, a Portaria nº 95 de 2001 do Ministério da Saúde, que aprova a NOAS/SUS, afirma que esta norma “amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Assim, o modelo de política de saúde adotado no Brasil, pós Constituição Federal de 1988, buscou legitimar e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, concretizando a cidadania social, a participação e o controle social por parte da sociedade civil, bem como efetivar a participação das três esferas de governo na gestão do Sistema Único de Saúde. Com isso, faz-se necessário apresentar o processo histórico, a partir da década de 90, que legitimou a

participação e o controle social por parte da sociedade civil na área da saúde no Brasil, via conselhos de saúde e conferências.

1.2 A Lei 8.142/90 e os conselhos de saúde

A legitimação dos mecanismos de participação e de controle social na área da saúde se deu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, mais especificamente através da Lei 8.142/90 que, como relatado anteriormente, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre a transferência de recursos financeiros para a área da saúde.

Pode-se dizer que uma das finalidades desta Lei foi legitimar o princípio do Sistema Único de Saúde que se refere à participação popular, visto que traz como mecanismos de participação e de controle social, os conselhos e as conferências de saúde.

As conferências de saúde estão presentes nos três níveis de governo – nacional, estadual e municipal – e têm como principal objetivo propiciar a discussão entre o Estado e os diversos setores da sociedade sobre a política de saúde, a forma de execução, a gestão dos serviços, os meios para o controle e a fiscalização da utilização dos recursos destinados à saúde (FURLANETTO, 2004).

Segundo a Lei 8.142/90, a conferência de saúde

reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2006b).

Os conselhos de saúde também estão presentes nos três níveis de governo. Possuem caráter permanente e deliberativo e podem ser definidos como

órgão[s] colegiado[s] composto[s] por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua[m] na formulação de

estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2006b).

Os conselhos, em alguns municípios, estão presentes também em âmbito local através de conselhos locais de saúde, que tem como objetivo auxiliar no controle social e no planejamento de ações na área da saúde, visto que percebem mais facilmente as demandas da população e do local onde estão implantados. Porém, é importante destacar, que os conselhos locais de saúde não possuem caráter deliberativo, apenas consultivo.

Os conselhos de saúde são também denominados de conselhos gestores de políticas públicas e “são importantes, pois são fruto de lutas e demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização do país” (GOHN, 2001, p. 84). A Lei 8.142/90 preconiza o caráter deliberativo dos conselhos, reconhecendo-os como “parte do processo de gestão descentralizada e participativa, e os constitui como novos atores deliberativos e paritários” (GOHN, 2001, p. 88). Sendo assim, a lei federal garante que 50% dos representantes sejam de usuários e os outros 50% divididos entre profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores⁸.

Quando se refere aos usuários, deve-se levar em conta que este segmento é representado por organizações/entidades diversas existentes na sociedade civil, como por exemplo, associações de moradores, igrejas, ONGs, sindicatos, movimentos sociais, entre outros.

Baseando-se nisso, considera-se que os conselhos de saúde são espaços de conflito e de lutas entre interesses contraditórios, confirmados pela diversidade de segmentos da sociedade neles representados. Logo, os conselhos não são “espaços neutros, nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados” (CORREIA, 2006, p.18).

Entretanto, caracterizam-se por serem canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos, que proporcionam a interlocução

⁸ Mais especificamente, a Lei 8.142/90 estabelece a paridade entre representantes de usuários e do Estado sendo 50% representantes de usuários, 25% profissionais de saúde, 12,5% gestores e 12,5% prestadores de serviços públicos e privados.

permanente entre estes segmentos. Esta interlocução ora objetiva a proposição de políticas públicas e a criação de espaços de debate públicos; e ora visa ao estabelecimento de mecanismos de negociação e pactuação entre os segmentos que compõe os conselhos, permitindo assim, a penetração da sociedade civil na lógica burocrática estatal a fim de transformá-la e visando exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais (DEGENNSZAJH, 2000).

São espaços de aprendizado de cidadania e, segundo Carvalho (1995, apud CORREIA, 2002), possuem uma representatividade muito mais política que social. Para o autor, os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e por isso, “devem usá-lo a favor da proposta de reforma democrática do sistema e da ampliação de seu espaço político” (CARVALHO, 1995, apud CORREIA, 2002, p.122). Porém, deve-se ressaltar, novamente, que os conselhos são espaços contraditórios que podem servir tanto para legitimar quanto para reverter o quadro hegemônico que está posto.

A discussão sobre o caráter político dos conselhos coloca-se na apreensão da contraditoriedade dos interesses de classes ali existentes e o formato desses no momento histórico atual, já que por um lado, “apresentam-se como possibilidade de construir espaços de expressão política da classe trabalhadora na luta pela garantia de meios à própria reprodução material e subjetiva”; e por outro, constituem-se em mecanismos privilegiados “de manifestação dos interesses dominantes na refuncionalização do exercício do controle social pelo capital por meio do Estado” (ABREU, 2002, p.203).

Assim, mesmo com os conselhos sendo reconhecidos como integrados à luta da classe trabalhadora em relação à possibilidade de participação de segmentos desta classe no planejamento, elaboração, fiscalização, controle e gestão das políticas públicas, sua construção tem sido envolta pela retórica neoliberal da participação democrática⁹ (ABREU, 2002).

Esses, tanto podem ser estímulos à participação, como podem também ser mecanismos de concentração de recursos nas mãos do Estado. Isso acontece, principalmente quando a legislação é violada havendo sonegação de informações, nomeação de representantes da sociedade civil sem a mediação de um processo eleitoral democrático, quando há cooptação de conselheiros, quando os conselhos são criados apenas em lei, sem que exista real funcionamento e quando se observam

⁹ Esta retórica, segundo Abreu (2002), enfatiza as relações de parceria e negociação, aparência de colaboração entre sujeitos antagônicos, na tentativa de eliminar a pressão política a partir de interesses das classes subalternas.

características como clientelismo e paternalismo presentes nas relações entre governo e sociedade civil.

Correia (2005), analisando os conselhos enquanto espaço contraditório, relata que há uma oscilação entre os interesses dos segmentos dos profissionais de saúde, que ora aliam-se às classes dominantes visando assegurar interesses corporativistas, ora aliam-se às classes subalternas visando defender a saúde pública, reafirmando a compreensão de que o espaço dos conselhos são espaços de conflito. Assim também acontece com os gestores e prestadores públicos, que podem contribuir para o controle social, desenvolvendo uma gestão transparente e democrática ou dificultá-lo e até impedi-lo, quando, por exemplo, não respeitam o critério da paridade, manipulam a escolha de representantes, entre outros.

Segundo Bravo (2004), os conselhos são visualizados na relação Estado/Sociedade na perspectiva de democratização da mesma, ou seja, visando proporcionar maior participação e intervenção da sociedade civil nas decisões governamentais. Assim, são instrumentos de “expressão, representação e participação da população” (GOHN, 2001, p. 83) e têm por base a universalização dos direitos e a ampliação do conceito de cidadania (SILVA, 2004).

Mas cabe ressaltar que os conselhos nem sempre conseguem modificar a relação Estado/sociedade e implementar uma relação democrática. Prova disto, é apontada por Bravo (2000, apud SOUZA, 2004) quando afirma que as escolhas das entidades representativas dos usuários não têm sido precedidas de elegibilidade de critérios, ou seja, as entidades são escolhidas não pela sua tradição política, base de sustentação, interesses representados; abrindo possibilidades de uma participação elitista e burocrática, na qual a intervenção dos seus representantes enfatiza opiniões pessoais, subjetivas e arbitrarias.

Como conseqüência, os conselhos tornam-se espaços com grande risco de burocratização e rotinização de seu funcionamento e espaços de poder centralizado nas mãos do executivo, fragilizando, na maioria dos casos sua autonomia (DEGENNSZAJH, 2000).

Embora os limites e os obstáculos à criação e funcionamento dos conselhos sejam muitos, alguns autores¹⁰ trazem propostas para o enfrentamento destes desafios como, por exemplo, a necessidade de se contar com assessorias externas que proponham ações que diminuam o paralelismo; a ampliação da visibilidade pública dos conselhos, incentivando para isso, a

¹⁰ Entre eles pode-se citar Raichelis (2006); Degennszajh (2000); Teixeira (2000); Correia (2002), Bravo (2000 apud Souza, 2004), entre outros.

transparência e a circulação de informações dentro do conselho e fora dele; a organização de um debate sobre a natureza dos conselhos que os legitimem como instâncias de socialização da política e democratizadores do Estado e das políticas públicas – e não como espaços de representação de interesses particularistas de organizações e movimentos; o reforço da construção, pelos conselhos, “de uma agenda universalista no campo das políticas públicas, que fortaleçam direitos e produza a ampliação do acesso a bens e serviços públicos” (RAICHELIS, 2006, p.114); a democratização das informações e serviços; a articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde; a capacitação de conselheiros na perspectiva crítica e propositiva, principalmente os representantes da sociedade civil que precisam incorporar novas competências políticas, culturais, éticas e técnicas, sem esquecer a combatividade dos movimentos que representam, desempenhando seu papel com seriedade e compromisso social com a coisa pública (BRAVO, 2000 apud SOUZA, 2004; DEGENNSZAJH, 2000).

Sendo os conselhos concebidos como espaço institucional e legitimado de controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, faz-se necessário esclarecer o que se está entendendo por participação social e controle social neste trabalho.

1.2.1 Participação Social

Etimologicamente, a palavra participação significa *fazer parte, ter ou tomar parte em*, porém, a utilização dessa palavra vem sendo feita com sentidos e significados completamente distintos dependendo do contexto e do espaço onde está sendo utilizada.

Para Gohn (2001, p.13-14), o processo de participação da sociedade civil e sua presença nas políticas públicas “conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira”. Nesse sentido, pode-se afirmar que a participação é sinônimo de luta por direitos e melhores condições de vida por parte da sociedade civil. Ammann (1980) já afirmava que a participação também é uma forma de transformação dos mecanismos que mantêm ou reproduzem as desigualdades sociais.

Outra forma de entender a participação é vinculando-a às estratégias de descentralização do poder e ao desenvolvimento comunitário, ou seja, aproximando as instituições à população, de forma que esta possa fiscalizar e controlar os serviços prestados e aos quais têm direito (SIMIONATTO, NOGUEIRA, 2001).

Segundo Gohn (2001), a participação pode ser entendida de várias formas, porém existem quatro concepções fundamentais: a liberal, a revolucionária, a autoritária e a democrática.

A *concepção liberal* defende, sobretudo, a liberdade individual, percebendo a participação enquanto forma de fortalecer a sociedade civil. Neste sentido, busca evitar o controle, a tirania e a ingerência do Estado na vida dos indivíduos (GOHN, 2001). Esta concepção de participação visa à democracia representativa¹¹ e à ampliação do acesso dos cidadãos às informações. A participação liberal é baseada num princípio da democracia onde todos os membros da sociedade são iguais e onde a participação é o instrumento mais eficaz para a satisfação das suas necessidades.

Basurto, Soriano e Casillas (2001, p. 80) relacionam esta concepção de participação com a teoria do contrato social e afirmam que

El contrato significa la decisión voluntaria de los individuos de acordar unas reglas de convivencia que garantizan el bien común y la satisfacción de las aspiraciones individuales. El ciudadano – unidad básica de la organización social y política –, formalmente igual ante la ley y ante sus semejantes, se convierte así en el grande máximo de la nueva organización política, mediante la obediencia a la ley, el respeto a sus semejantes y la participación en las distintas esferas de la sociedad.

Dentro da concepção liberal, pode-se considerar duas formas de participação, a corporativa e a comunitária. Ambas são entendidas como um movimento espontâneo dos indivíduos, porém a primeira busca articular a existência das organizações na sociedade ao processo participativo, ou seja, afirma que as organizações só existem quando as pessoas

¹¹ Por democracia representativa entende-se a escolha por parte da sociedade civil de um representante. Esta escolha se dá principalmente através do processo eleitoral e não há participação e controle por parte da sociedade nas decisões e ações desenvolvidas pelo representante escolhido. Neste trabalho se está considerando prioritariamente a idéia de democracia participativa, que significa, além da escolha de um representante através do voto, o controle, a fiscalização e a participação da sociedade, nas decisões tomadas por ele e a participação da sociedade no controle das ações do Estado. Para saber mais sobre o assunto, ver Santos (2002).

participam; e a última “concebe o fortalecimento da sociedade civil em termos de integração dos órgãos representativos da sociedade aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado” (GOHN, 2001, p.16).

A *concepção revolucionária* de participação está relacionada à luta contra as relações de dominação e visa à divisão do poder político, advogando o controle do poder nas mãos da comunidade. Está diretamente ligada aos questionamentos e à busca por substituir a democracia representativa pela democracia participativa.

A *concepção autoritária* de participação pode ser considerada o oposto da revolucionária, já que a primeira está orientada para o controle da sociedade e da política. Ocorre em regimes políticos autoritários, tanto de direita quanto de esquerda, e também em regimes democrático-representativos quando nos referimos à participação de natureza cooptativa. Nesse caso, “a arena participativa são as políticas públicas” (GOHN, 2001, p.17) quando utilizam programas sociais com a finalidade de diluir os conflitos sociais.

Por fim, Gohn (2001) apresenta a *concepção democrático-radical* de participação – aqui assumida – que objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de uma nova realidade social, sem desigualdades, injustiças, exclusões, discriminações, etc. Esta concepção se vincula à cidadania e tem caráter plural. Assim, diversas formas de participação são consideradas relevantes nesta concepção de participação, como por exemplo, grupos de jovens, de idosos ou associação de moradores. A concepção democrático-radical caracteriza como sujeitos sociais¹² os “entes principais que compõem os processos participativos” e como cidadãos¹³ os indivíduos que participam nos “processos que envolvem a participação popular”(GOHN, 2001, p.19).

Ainda nesta concepção, a participação é vista como uma forma de divisão de responsabilidades entre governo e comunidade, sendo a comunidade vista como parceira, co-responsável pela construção de políticas públicas e de uma nova realidade social. Prevê que os cidadãos tenham acesso às informações e o estímulo para que sejam criados e desenvolvidos meios mais eficazes de comunicação.

¹² Entende-se por sujeito social aquele que realiza a ação, que é livre e igual, “dono de si mesmo e da natureza, construtor de seu mundo, defensor de direitos e da subjetividade” (WANDERLEY, 1992, p.142). Assim, pode-se caracterizar um sujeito coletivo no sentido de uma coletividade onde há a construção de uma identidade e onde se organizam práticas que visem aos seus membros “defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nestas lutas” (SADER, 1988, p.55).

¹³ Por cidadão entende-se todo indivíduo que é dotado de direitos e obrigações por participar da vida sócio-política de um Estado-Nação (WANDERLEY, 2000).

No Brasil, nos anos 80, havia dois conceitos de participação: a popular e a comunitária. Esta, relacionada ao conceito liberal de participação e aquela, relacionada à idéia de povo, classes populares, onde a participação deveria partir predominantemente das classes excluídas, organizadas em movimentos e associações. Na década de 90, a participação comunitária e participação popular cedem lugar a duas novas denominações: participação social e participação cidadã.

A participação cidadã toma como categoria central a sociedade e não mais a comunidade e o povo, ou seja, prevê a participação do conjunto de indivíduos e grupos sociais e não apenas das classes excluídas, baseando-se na proposta de que a diversidade de interesses e idéias integra a noção de cidadania e legitima espaços de participação e controle social. Aqui, a participação “passa a ser concebida como intervenção social periódica e planejada ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque toda a ênfase passa a ser dada nas políticas públicas” (GOHN, 2001, p. 57). Os conselhos gestores de políticas públicas são os maiores exemplos deste tipo de participação.

A participação social não representa um sujeito social específico, porém se constrói num sentido de relação entre sociedade/Estado e está relacionada ao conceito de mobilização, ou seja, a idéia de que um grupo de pessoas ou uma comunidade age com um objetivo comum, buscando resultados desejados e que beneficiem a todos (TORO, 2000 apud GOHN, 2001, p.59).

Pode-se dizer que essas novas concepções de participação se aproximam do paradigma democrático, onde também é possível situar o trabalho dos assistentes sociais em ações que destacam a dimensão do coletivo, de processos político-organizativos¹⁴. Essas ações têm como principal objeto a participação social e o controle social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltadas ao fortalecimento da sociedade civil com vistas à transformação da realidade social. Importa afirmar, assim, que entre os espaços públicos que garantem a participação nesta ótica, no atual cenário sócio-político brasileiro, destacam-se os conselhos.

As experiências dos conselhos demonstram que estes podem ser espaços importantes de participação democrática, de criação de novas relações políticas entre governo e cidadãos e, principalmente, de conquista dos direitos e de luta pela ampliação da cidadania. Isto se dá devido ao fato de serem espaços permanentes, legitimados e onde o estabelecimento de mecanismos de

¹⁴ Segundo Mioto (2003 apud LIMA, 2004), as ações profissionais podem ser organizadas em três dimensões: Processos Sócio-Assistenciais, Processos de Planejamento e Gestão e Processos Político-Organizativos. Estas dimensões serão abordadas no item 2.1.

negociação e pactuação, em que os sujeitos penetram na lógica burocrática estatal para transformá-la e exercerem o controle socializado das ações e deliberações governamentais, é facilitado (DEGENNSZAJH, 2000).

Prazeres, Loureiro e Sarmiento (2004) destacam que a participação nos conselhos está intimamente relacionada com o exercício da cidadania e envolve diretamente o direito à participação dos cidadãos no processo de decisão das políticas públicas, principalmente no campo dos chamados serviços sociais, que envolvem a educação, a saúde, o saneamento básico, a recreação, a previdência social, a assistência social, entre outros.

Na área da saúde, Correia (2006) afirma que a participação social foi concebida na perspectiva do controle social da sociedade sobre as ações do Estado, atuando desde a formulação de planos, programas e projetos, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

A partir do exposto, pode-se afirmar que a concepção de participação que se está utilizando neste trabalho é a democrático-radical, concepção vinculada à noção de cidadania, que objetiva o fortalecimento da sociedade civil para a construção de uma nova realidade social. De forma complementar, utiliza-se o conceito trazido por Ammann (1980, p.61) quando afirma que “participação social é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”, visando o controle social.

1.2.2 Controle Social

A temática do controle social ganhou destaque no Brasil com o processo de democratização na década de 80 e principalmente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a elaboração das leis orgânicas de saúde (8.142/90 e 8.080/90), que institucionalizaram como mecanismos de participação nas políticas públicas os conselhos e as conferências (CORREIA, 2006). A participação nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do controle social, entendido como a fiscalização e controle das ações do Estado pela sociedade, através do

acompanhamento da formulação, execução e avaliação das políticas públicas, visando assim, atender os interesses da sociedade civil.

O conceito de controle social foi construído nas décadas de 80 e 90 com o Movimento Sanitário, mas cabe ressaltar que o termo já possuiu outros significados¹⁵, servindo para designar concepções distintas, sendo a origem do termo francesa, e significa contraprova, verificação, fiscalização, exame (ALMEIDA e NEIVA, 2006).

Segundo Bravo (2001), o termo controle social na década de 50 e 60, no Brasil, significava a sociedade completando o Estado, ou seja, colaborando na execução das políticas sociais. Na década seguinte, o termo passou a significar a reação popular frente ao regime ditatorial existente, o combate ao Estado pela sociedade¹⁶.

Durante muito tempo esse termo foi entendido como o controle do Estado sobre a sociedade, ou seja, o Estado controla a sociedade visando os interesses das classes dominantes e a dominação das classes subalternas, impondo suas maneiras de agir e pensar.

Segundo Binotto, Souza e Beraldo (2004), o controle exercido pelo Estado sobre a sociedade tinha por objetivo manter os padrões de desigualdade e “amenizar” as manifestações da questão social e por isso, se utilizam de políticas públicas para amenizar conflitos. É nesta acepção de controle social que as intervenções estatais no campo da saúde foram inauguradas.

A concepção atual de controle social está intimamente relacionada com a concepção de participação, legitimada pela Constituição Federal de 1988. Essa concepção, não é apenas uma luta legal por um direito adquirido; trata-se de uma forma de potencializar a criatividade da sociedade na elaboração das políticas públicas, visto que é ela quem, em contato com os serviços prestados, principalmente com os serviços de saúde, percebe a efetividade ou não das suas políticas (SOUZA, 2004).

Assim, o controle social passa a ser entendido como controle das ações do Estado pela sociedade, ou seja, a sociedade controlando as ações do Estado em favor dos interesses das classes subalternas.

¹⁵ Significados que podem ser vistos em Souza (2001), e especificamente sobre a área da saúde, em Correia (2005).

¹⁶ Outro significado do termo controle social é o utilizado na sociologia clássica e que serve para designar os processos de controle/influência da sociedade sobre o indivíduo (SOUZA, 2004). Neste mesmo sentido, o controle social é definido como o conjunto de valores e normas utilizados para a resolução de conflitos entre indivíduos, com vistas à manutenção da ordem e da opinião de um grupo majoritário (THINES, LEMPEREUR, 1984 apud SOUZA, 2004). Aqui, podemos citar o controle exercido pela família, a escola, a igreja sobre o indivíduo e suas ações.

São vários os autores que agora definem controle social. Correia (2005, p.49) aponta para o surgimento de um novo conceito de controle social, qual seja, “a atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão de políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade”. Carvalho (1997, apud MIOTO e NOGUEIRA, 2006b, p.8) afirma que o “controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança”.

Para Assis e Villa (2003) o controle social é entendido como um espaço de representação da sociedade, onde se articulam diferentes sujeitos, através das suas representações, movimentos populares, entidades de classe, governo, entre outros. Logo, o controle social deve ser visto como um processo contínuo de democratização e que implica no estabelecimento de uma nova sociabilidade política e de um novo espaço de cidadania.

O controle social está presente em diversas áreas – assistência social, previdência social, saúde, criança e adolescente, entre outros¹⁷ – e tem sido utilizado por diferentes segmentos da sociedade com distintos significados, conforme a compreensão de sociedade civil¹⁸ e de Estado¹⁹

¹⁷ A área da saúde, abordada adiante, é pioneira no que se refere ao controle social; já nas demais áreas, como por exemplo, na Assistência Social, e na área da Criança e do Adolescente, exige-se uma qualificação do controle social por parte dos conselhos, apesar destes já estarem se multiplicando e se fortalecendo.

¹⁸ Segundo Nogueira (2003), a sociedade civil gramsciana pode ser chamada de democrático radical e é entendida, por Gramsci, no sentido de hegemonia política e cultural de determinado grupo social sobre toda a sociedade. Nesta concepção de sociedade civil, a política comanda e as lutas, institucional e social, estão articuladas a partir de uma estratégia de poder e hegemonia. Em outras palavras, pode-se afirmar que a sociedade civil se caracteriza por ser um espaço de conflito e não de consenso, de lutas onde as diferentes classes sociais buscam o controle ideológico necessário para o controle das atividades econômicas. Segundo Correia (2006, p.6), “a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho [...] na sociedade civil e no Estado em busca da hegemonia”. Com isso, afirma-se que a sociedade civil aparece como um “espaço onde são construídos projetos globais de sociedade, articulam-se capacidades de direção ético-política, disputam-se o poder e a dominação” (NOGUEIRA, 2003, p.224).

¹⁹ O Estado que corresponde a idéia de sociedade civil utilizada é um Estado máximo, ou seja, um Estado radicalizado, democrático e participativo. Nesta concepção de Estado, entram elementos da sociedade civil e com isso, pode-se afirmar que o Estado é a união da sociedade civil e da sociedade política, isto é, hegemonia couraçada de coerção (CC, 3, apud NOGUEIRA, 2003). Em outras palavras, é um Estado formado pela sociedade civil – conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias – e pela sociedade política – Estado restrito formado pelo conjunto de mecanismos de violência e repressão detida pela classe dominante (RAICHELIS, 1998) – que tem em vista manter a hegemonia de uma classe sobre a outra.

e a interpretação que se faz a respeito da relação entre estas esferas. Assim, adotou-se a concepção gramsciana de sociedade civil e de Estado²⁰ para conceituar o termo controle social.

Ao se analisar esta concepção, pode-se qualificar o termo controle social destacando que,

primeiro, é preciso considerar que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica, visto que a separação é apenas metodológica, pois a sociedade civil é um momento do Estado. Segundo, deve-se levar em conta que a sociedade civil não é homogênea, nela circulam interesses das classes antagônicas que compõem a estrutura social. Terceiro, deve-se considerar a concepção ampliada de Estado que, na sua função de mantenedor da hegemonia da classe dominante, incorpora interesses das classes subalternas (CORREIA, 2005, p.54).

É a partir da luta pela incorporação dos interesses das classes subalternas no Estado que surge a possibilidade das organizações destas classes, presentes na sociedade civil, controlarem as ações do Estado. Assim, o que realmente ocorre é uma disputa pelo controle social entre as classes, visando à obtenção da hegemonia na sociedade civil e também no Estado.

Ainda em relação às classes subalternas, o controle social envolve a capacidade que elas têm 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, 2004). Portanto, pode-se afirmar que esta concepção de controle social exige que a sociedade desenvolva, de diferentes formas, sua capacidade participativa.

Assim, o controle social exercido por segmentos que representam as classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, torna-se um desafio tanto por parte da sociedade civil quanto por parte dos profissionais de Serviço Social, para que se fortaleçam resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

Deve-se destacar, ainda, que as informações são consideradas elemento central do controle social, pois, segundo Assis e Villa (2003), o controle social e a democratização das informações se reforçam mutuamente. Este reforço é percebido quando o acesso dos usuários e conselheiros a informações gera condições próprias para que desempenhem suas funções de controle social e possibilitem a transparência e visibilidade do exercício da prática cotidiana nas instâncias legitimadas de controle social, no caso, os conselhos de saúde.

²⁰ Cabe constar aqui, que a visão gramsciana de sociedade civil e de Estado não é a concepção hegemônica atual, porém, esta visão é adotada pela maioria dos autores estudados na elaboração deste trabalho.

Os mesmos autores (2003) ainda destacam algumas condições necessárias para que a prática do controle social seja legitimada em seus espaços, entre elas: a organicidade, que pode ser considerada a infra-estrutura básica para realização do controle social, seja através de reuniões dos conselhos ou através de denúncias aos órgãos competentes; a periodicidade de funcionamento destes órgãos; a permeabilidade destes órgãos, ou seja, o acesso dos usuários e da sociedade civil às informações relacionadas a eles; a autonomia, que se refere à garantia de condições de funcionamento dos mecanismos de controle social, ou seja, autonomia em questões administrativas, financeiras e técnicas; a visibilidade, que como mencionado é vista como formas de comunicação com a sociedade sobre as ações dos conselhos e dos demais mecanismos de controle social de forma a democratizar informações garantindo assim visibilidade e transparência, e por fim; a articulação entre os mecanismos de controle social.

Em relação ao controle social na área da saúde, destacam-se alguns autores que trazem este conceito relacionado, principalmente, à cidadania, à participação, aos direitos, entre outros. Entre eles, pode-se citar Barros (1998) quando este aponta o controle social como uma forma de democratização dos processos decisórios com vistas à cidadania e também quando traz a concepção de gestão pública do SUS como essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade.

Cita-se também Cohn (2000, apud CORREIA, 2005), que se utiliza do aspecto legal do controle social, ao afirmar que o controle social está relacionado diretamente à participação da sociedade na legislação do SUS e ao caracterizar os conselhos de saúde como principais canais para a realização do controle social.

Também Carvalho (1995, p.28, apud CORREIA, 2006, p.8) aponta que a idéia de controle social inspira os conselhos de saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado “assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados”.

Enfim, pode-se afirmar que o controle social na área da saúde está voltado para a defesa do SUS e sua efetivação, para a busca pela ampliação do acesso e para a luta e defesa intransigente dos direitos à saúde. Sendo assim, exige-se, além de leis que regulamentem o controle social sobre o Estado, uma política nacional de saúde que venha a afirmar este controle e a participação da sociedade nas decisões da área da saúde.

1.3 Plano Nacional de Saúde e o Pacto pela Saúde 2006

O Plano Nacional de Saúde (PNS) foi publicado em 2004 visando contribuir para a redução das desigualdades em saúde e contribuir para a participação e o controle social das ações e serviços de saúde desenvolvidos no Brasil. O PNS foi pensado a partir do Plano Plurianual/PPA 2004-2007 e se caracterizou por ser uma iniciativa inédita no âmbito federal do Sistema Único de Saúde.

Além disso, o Plano Nacional de Saúde surge no sentido de efetivar os princípios do SUS, através de uma política que atenda os interesses da sociedade visando a equidade, a participação, a qualidade no atendimento à saúde, entre outros. Pode-se dizer com isso, que o Plano afirma as ações de controle social ao mencionar, em grande parte de seu texto, ações de controle e avaliação do PNS por parte da sociedade, mas principalmente através do Conselho Nacional de Saúde, mecanismo legitimado de participação e de controle social.

O Plano de Saúde é baseado em algumas orientações que dão origem a objetivos, diretrizes e metas a serem cumpridas no período em que se encontra em vigor, entre elas destaca-se:

- (i) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera; (ii) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma óptica analítica, devendo ser submetidos na íntegra aos respectivos Conselhos de Saúde; (iii) a formulação e o encaminhamento do Plano Nacional de Saúde são competência exclusiva do MS, cabendo ao CNS apreciá-lo e propor as modificações julgadas necessárias (BRASIL, 2004b, p.3)

O Plano de Saúde é operacionalizado através de programas e projetos onde são definidas as ações específicas, o cronograma e os recursos necessários para a sua implementação. A elaboração do plano e dos instrumentos que visam a sua operacionalização é entendida como “um processo dinâmico que permite (...) a revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias,

seja em função dos avanços registrados ou em decorrência da mudança de cenários, seja de obstáculos que eventualmente venham a ser defrontados” (BRASIL, 2004b, p.3)

A elaboração do Plano Nacional de Saúde contou com um amplo processo de discussão com a finalidade de aprimorar os conceitos utilizados e o processo de monitoramento e avaliação do Plano. Contou, ainda, com a participação de dirigentes e técnicos de diversos setores do Governo Federal, incluindo representantes do Conselho Nacional de Saúde e com uma pesquisa realizada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, onde os participantes do evento puderam expressar suas opiniões e contribuir para a elaboração do mesmo (BRASIL, 2004b).

Com isso, pode-se afirmar que o processo de elaboração do Plano contou com a participação da sociedade civil, mais especificamente, de representantes de entidades da sociedade civil presentes na 12ª Conferência Nacional de Saúde²¹. Participação que efetivou o controle social por parte dos conselheiros nacionais de saúde, que além de participarem da elaboração do PNS também analisaram e aprovaram sua proposta na reunião plenária do dia 4 de agosto de 2004.

Cabe destacar que a questão da participação e do controle social foi lembrada em diversos trechos do PNS, principalmente no que se refere aos objetivos a serem cumpridos durante seu período de vigência (de 2004 a 2007). Assim, os objetivos, diretrizes e metas do Plano Nacional de Saúde estão em conformidade com as necessidades apontadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde têm como orientações estratégicas – baseadas no Plano Plurianual/2004-2007 – a inclusão social, desconcentração de renda, crescimento ambientalmente sustentável, ampliação da cidadania e da democracia, entre outros (BRASIL, 2004b), constituindo-se como referência para os gestores e para o controle social no SUS.

Neste sentido, o principal objetivo do PNS é

promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua

²¹ Pode-se citar algumas das entidades da sociedade civil que participaram, através de seus representantes, na 12ª Conferência Nacional de Saúde: Central Única dos Trabalhadores; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências – União dos Cegos do Brasil (UCB); Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS; Rede Feminista de Saúde; Fórum de Portadores de Patologias e Deficiências; Confederação Nacional de Associações de Moradores – CONAN; Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; Confederação Nacional dos Bispos do Brasil; Instituto para o Desenvolvimento do Jornalismo – PROJOR; Coordenação Nacional de Entidades Negras; Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP; entre outros.

promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados (BRASIL, 2004b, p. 7).

Para atingir este objetivo o PNS conta com algumas prioridades, como por exemplo, a criação de espaços de diálogo com a sociedade civil, a combinação das ferramentas de gestão de cada esfera do governo, o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social, o monitoramento e avaliação constante do PNS.

O Plano aponta ainda para uma interlocução constante entre os principais sujeitos envolvidos com o SUS e com a elaboração do PNS: os gestores e os conselheiros de saúde. Esta articulação constante facilita o processo de monitoramento, avaliação e controle social por parte destes sujeitos.

Como já mencionado, o Plano traz objetivos, diretrizes e metas que devem ser atingidos no período de 2004 a 2007. Estes são apontados em relação às linhas de atenção à saúde, às condições de saúde, à gestão em saúde, em relação ao setor saúde e ao investimento em saúde.

Todas as linhas apontadas trazem uma aproximação com o controle social e com a participação social de forma subjetiva, ou seja, trazem objetivos que visam à diminuição da mortalidade infantil e materna, à prevenção de doenças e agravos, à promoção em saúde, à equidade, à igualdade, à integralidade dos serviços de saúde e à universalização do acesso. Porém, a linha de gestão em saúde se aproxima mais explicitamente da participação e do controle social.

Sendo assim, destacam-se três dos seis objetivos do PNS relacionados à gestão em saúde: o segundo, o quarto e o sexto objetivo. O segundo visa “fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no Sistema” (BRASIL, 2004b, p.17). Este objetivo traz como principais diretrizes o aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS e a implementação de práticas de gestão participativa, tendo como metas realizar a 13ª Conferência Nacional de Saúde; criar o cadastro dos conselhos de saúde nos três níveis de governo e promover a troca de conhecimento entre eles; implantar Ouvidorias de Saúde nos três níveis de

governo; promover a formação de cerca de 20 mil conselheiros de saúde por ano para o controle social; entre outros.

O quarto objetivo pretende garantir a participação dos trabalhadores do SUS na gestão dos serviços e da política de saúde, assegurando sua valorização profissional, fortalecendo e promovendo a democracia nas relações de trabalho e a regulação das profissões, visando com isso, à efetivação da atuação profissional humanizada e de qualidade. Esse objetivo também pretende implementar uma política nacional para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, segundo os princípios e diretrizes aprovados pelo CNS (BRASIL, 2004b). Aqui, pode-se perceber nitidamente a preocupação, por parte da Política Nacional de Saúde, com a participação dos trabalhadores nos canais de controle social e também com a atuação do Conselho Nacional de Saúde enquanto espaço de criação, gestão e fiscalização das políticas públicas e assuntos que as envolvem.

Por fim, o sexto objetivo propõe o estabelecimento de uma política nacional de informação em saúde voltada para a construção de uma rede de informações qualificadas que subsidiem e fortaleçam os processos de gestão, de produção, de difusão do conhecimento, de organização da atenção à saúde e de controle social. Esta rede de informações também deve promover a elevação da consciência da população (BRASIL, 2004b) e ampliar o acesso dos usuários às informações que os auxiliem no controle social.

Assim, pode-se afirmar que os objetivos relacionados têm em comum o fato de se constituírem em mecanismos para a ampliação e fortalecimento da participação e do controle social, principalmente por estarem diretamente relacionados com o aprimoramento de espaços legalizados de participação e controle social e por ampliarem o acesso dos diversos setores da sociedade civil às informações relacionadas à saúde. Estes objetivos também apontam para a importância da formação e da capacitação de conselheiros para o fortalecimento do controle social e da sociedade civil.

Visando a ampliação da participação, do controle social e do acesso à saúde e visando a descentralização do SUS, em 2006, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS. Essa pactuação está diretamente relacionada com o Plano Nacional de Saúde e deu origem ao Pacto pela Saúde 2006 –

Consolidação do SUS, que é formado por três pactos menores e que estabelecem prioridades para a saúde: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão²².

O Pacto pela Saúde 2006 foi publicado pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que, além de divulgar o Pacto, aprova suas diretrizes operacionais. O Pacto surge objetivando funcionar como uma sustentação para a organização e a consolidação do SUS, elegendo prioridades de ação com base nas necessidades apresentadas ao longo de sua implantação. Atualmente, é composto por sete volumes que trazem as diretrizes operacionais, o regulamento, a regionalização solidária e cooperativa, a política nacional de atenção básica, as diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde, as diretrizes para a implantação de complexos reguladores e a política nacional de promoção da saúde. Aqui, deter-se-á nas Diretrizes Operacionais, visto que é onde há uma maior aproximação com a participação e o controle social.

O Pacto pela Saúde 2006 visa fortalecer os espaços e mecanismos de controle social além de qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação, entre outros. A implantação deste Pacto nas suas três dimensões, pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão,

possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006c, p.7-8).

Sendo assim, cabe apontar as principais características de cada Pacto priorizando os pontos que se referem à participação e ao controle social. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que causam impactos sobre a saúde da população brasileira, entre elas, destaca-se: a saúde do idoso – que traz uma diretriz específica sobre o fortalecimento da participação social; o controle do câncer do colo do útero e da mama; a

²² O Pacto pela Saúde 2006 foi lançado no início de 2006 e para ser implementado em todos os estados e municípios, deve ser discutido e aprovado nas Conferências de Saúde. A cidade de Florianópolis foi a primeira cidade brasileira a discutir o Pacto. A VII Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis, acontecida nos dias 13, 14 e 15 de julho de 2006, intitulou-se “Em defesa do SUS: Um Pacto pela integralidade” e esteve centrada na discussão da Portaria nº 399 – que publicou o referido Pacto - e da sua implantação no município.

redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde; e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

O Pacto em Defesa do SUS traz como diretrizes

expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal; desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública (BRASIL, 2006c, p.15).

E aponta como iniciativas a mobilização social tendo a questão da saúde como direito, a promoção da cidadania e a repolitização da saúde. Para isso, deve desenvolver ações que visem

[a] articulação e [ao] apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; o estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; e a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania (BRASIL, 2006c, p.15-16).

Em outras palavras, o Pacto em Defesa do SUS destaca a necessidade da realização das ações em saúde articuladas pelas três esferas governamentais, objetivando repolitizar a saúde e promover a cidadania. Entre as prioridades desse pacto está a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, documento que divulga os principais direitos dos usuários garantidos em lei. Esse Pacto configura-se como importante instrumento de empoderamento da população e de controle social.

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do SUS levando em conta os princípios da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada – PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação em saúde (BRASIL, 2006c) além de pactuar responsabilidades entre os níveis de gestão do SUS para cada princípio.

Aqui, cabe destacar os princípios de regionalização, financiamento, planejamento, participação e controle social e educação em saúde, pois se aproximam mais explicitamente do tema abordado neste trabalho e as responsabilidades pactuadas em relação à participação e ao controle social.

Sendo assim, ao se referir à regionalização, o Pacto de Gestão aponta para a necessidade de se estabelecer mecanismos de gestão regional e estratégias de qualificação do controle social, instituindo assim um Colegiado de Gestão regional organizado de modo a estimular estas estratégias. Além disso, a divisão em regionais deve ser aprovada pelos respectivos conselhos de saúde, afirmando assim o controle social neste item.

Em relação ao financiamento do SUS, pode-se dividi-lo em diversos blocos: assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde e financiamento para a gestão do SUS que se destina ao “custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS” (BRASIL, 2006c, p.30). Este financiamento deve apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão e para isso, deve compor-se de:

- I. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
- II. Planejamento e Orçamento
- III. Programação
- IV. Regionalização
- V Participação e Controle Social**
- VI. Gestão do Trabalho
- VII. Educação na Saúde
- VIII. Incentivo à implementação de políticas específicas (BRASIL, 2006c, p.30, grifos nossos).

Todos os projetos de investimento devem ter a aprovação do conselho de saúde das esferas respectivas, o que afirma a participação social e o controle social na implantação do Pacto pela Saúde.

O Planejamento do SUS deve seguir a diretriz de promoção da participação social, entre outras e tem como objetivos, que devem ser destacados:

- i) Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

k) Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2006c, p.33).

Assim, observa-se a perspectiva do controle social quando se refere à transparência da gestão do SUS, o que envolve principalmente a prestação de contas por parte do governo e a aprovação do planejamento e gastos pelo conselho de saúde da esfera respectiva.

O Pacto de Gestão do SUS traz, como dito anteriormente, um princípio/diretriz específica sobre a participação e o controle social. Nesse ponto, afirma que a “Participação Social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental deste pacto” (BRASIL, 2006c, p.37). Assim, as esferas de gestão do SUS devem desenvolver ações que fortaleçam o processo de participação social, como, por exemplo, apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais relacionados à área da saúde com vistas ao seu fortalecimento. Além disso, deve:

- b) Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- c) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d) Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- e) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- f) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto (BRASIL, 2006c, p.37).

Em relação à educação em saúde, destacam-se ações que visem capacitar profissionais de saúde para o trabalho nesta área e desenvolver ações que ampliem o acesso às informações relacionadas à saúde aos seus diversos setores. Além disso, considera-se que as

ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho (BRASIL, 2006c, p.40).

A educação em saúde, seja para profissionais de saúde, conselheiros ou pessoas interessadas no assunto é fundamental para a ampliação da participação social e do controle social, visto que o conhecimento amplia o horizonte de discussão dos sujeitos envolvidos com o controle social das ações de saúde.

Por fim, o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades das três esferas de governo na gestão do SUS trazendo para todos os níveis de governo, a responsabilidade de:

- a) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- b) Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho de Saúde na sua respectiva esfera, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- c) Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências de Saúde, na esfera correspondente;
- d) Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- e) Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- f) Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- g) Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- h) Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais (BRASIL, 2006c, p. 62-64).

Esta última responsabilidade é atribuída a todas as esferas com exceção dos municípios, que deve ser de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Sendo assim, pode-se afirmar que a participação e o controle social, desde a Constituição de 1988, estão sendo legitimados e afirmados por diversas leis, portarias, planos, entre outros. Entretanto, esta legitimação exige que os mecanismos de participação e controle social e a sociedade civil que está representada nestes mecanismos, ou seja, os sujeitos sociais envolvidos com esta prática política estejam efetivamente preparados e capacitados para desempenharem seus papéis.

Cabe ao Assistente Social, profissional comprometido com a luta pela cidadania, pela consolidação do processo democrático, pela universalização dos direitos, pela gratuidade dos serviços e integralidade das ações e comprometido com os princípios que orientam o projeto

ético-político profissional (IAMAMOTO, 2002, apud ALVES, 2004), realizar acompanhamento e assessoria nesses espaços legitimados de participação e controle social.

Procurando compreender a trajetória de inserção do Assistente Social na área da saúde, caracterizar sua ação profissional junto aos conselhos e explicitar sua intervenção em processos de participação e controle social bem como na capacitação de conselheiros, realizar-se-á um breve resgate da história do Serviço Social reafirmando sua prática pedagógica e seu compromisso com as classes subalternas, presente no projeto ético-político que orienta a profissão.

2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E SEU PAPEL JUNTO AOS CONSELHOS DE SAÚDE.

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 40. Nessa área, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais. O Serviço Social Médico tinha como finalidade auxiliar o tratamento médico e era considerado um trabalho de natureza educativa, visando o desenvolvimento de potencialidades do usuário e contribuindo para o conhecimento de sua personalidade (BRAVO, 1991 apud CORREIA, 2005).

A partir de 1945, outras instituições incorporaram o profissional de Serviço Social no seu quadro de funcionários para atuar em programas educativos e de orientação sobre cuidados de higiene e puericultura, como por exemplo, os Departamentos de Saúde dos estados e a área médica da Previdência Social (NOGUEIRA, 2005). A absorção desses profissionais na área da saúde teve como um dos motivos a elaboração, em 1948, de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005). Esta assistência não era considerada universal, fazendo com que os Assistentes Sociais realizassem mediação entre instituição e população com o objetivo de garantir o acesso e os benefícios oferecidos pelas políticas públicas, aos usuários a quem se dirigia (BRAVO, 1991 apud CORREIA, 2005).

Desde o início da inserção do Serviço Social na área da saúde, a principal função dos Assistentes Sociais era mediar a relação entre instituição e população, promovendo o acesso aos direitos e protagonizando ações que articulam a política de saúde e as outras políticas e serviços que constituíram a seguridade social brasileira na época.

Em 1964, início da ditadura militar, o Serviço Social foi redimensionado, passando por um processo de renovação que, segundo Netto (1998), se deu em três direções: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura²³. A direção modernizadora tornou-se hegemônica face às exigências do mercado de trabalho e do modelo autocrático da época.

²³ Para saber mais sobre o assunto ver Netto (1998).

Na área da saúde, a perspectiva modernizadora sedimenta a prática profissional na dimensão curativa, dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios. O aspecto educativo da profissão voltava-se apenas para funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam o controle do trabalhador.

A perspectiva modernizadora na área da saúde prevaleceu até a abertura política, na segunda metade da década de 70, apesar da emergência de novas direções teórico-metodológicas na profissão e o surgimento do Movimento Sanitário. A partir desta data, a renovação do Serviço Social passou a ser direcionada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 1998). Porém, esta vertente não chegou a influenciar o Serviço Social na área da saúde, visto que esses profissionais não se engajaram no Movimento Sanitário²⁴.

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado e os princípios da descentralização, da universalização, da integralidade, da participação da comunidade passam a ser diretrizes do novo sistema.

Como já mencionado, o SUS a partir de 1990, passou a ser regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90. Estas leis trouxeram inovações para a área da saúde e provocaram mudanças na atuação do Serviço Social junto a esta área. Como inovações, pode-se citar a ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006a) como condicionantes e determinantes da saúde; e os próprios princípios do SUS.

As inovações influenciaram o novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção e para a superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas. Esse novo modelo requisitou um trabalho multiprofissional e com isso, o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde (CORREIA, 2005).

Essas inovações que exigiram a intervenção de um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde, desafiaram o Assistente Social para uma prática comprometida com as camadas populares e

²⁴ Correia (2005) aponta que mesmo sem o engajamento dos Assistentes Sociais com o Movimento Sanitário, houve algumas experiências articuladas “com as propostas emergentes na política de saúde e a uma perspectiva de compromisso com o usuário” e aponta como exemplo, o envolvimento dos profissionais de Serviço Social com a construção de uma nova política de saúde aberta para a participação da população na gestão local.

influenciaram sua contratação como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios e na articulação da saúde com as demais políticas públicas.

A trajetória da profissão na saúde possibilitou a aquisição de conhecimentos que qualificaram o profissional para atuar na equipe de saúde como articulador do “recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde” (CFESS, 1990 apud NOGUEIRA, 2005).

Mudanças internas na profissão influenciaram o exercício profissional do Assistente Social. Nas últimas três décadas, em contraposição ao projeto hegemônico dominante, o Serviço Social, através do movimento de reconceituação profissional, consolidou seu projeto profissional baseado nas lutas sociais das classes trabalhadoras na construção de uma nova ordem societária (ABREU, 2004). Mais tarde, teve no Código de Ética profissional de 1993, na Lei que regulamenta a profissão de 1996 e na própria reforma curricular, respaldo para esse projeto.

Também as leis orgânicas de 1990²⁵ provocaram mudanças no exercício profissional na área da saúde ao mesmo tempo em que respaldaram legalmente suas ações, ou seja, o profissional de Serviço Social passa a ter subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da *universalidade de acesso*, onde todos tenham atendimento independente de raça, classe social, religião; e da *integralidade da assistência*, onde seja considerada, por todos os profissionais da saúde, a realidade econômica e social do usuário visando com isso, um atendimento articulado e contínuo das ações e serviços de saúde.

Assim, o Assistente Social pode contribuir levantando dados sobre a realidade sócio-econômica dos usuários; *divulgando e propiciando o acesso às informações pelos usuários*, visto que o assistente social tem a seu favor sua prática educativa que traz a informação perpassada em todas as suas atividades; e *incentivando a participação da comunidade* junto a órgãos legitimados de participação e controle social, ampliando com isso, seu campo de atuação.

É, pois, competência do Assistente Social contribuir para o acesso aos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, uma vez que, a partir desta, a participação da sociedade civil organizada é estimulada através da descentralização político administrativa, da municipalização e da criação dos conselhos gestores de políticas públicas e também, dos conselhos de direito. Estímulo este que pode se traduzir em partilhamento de poder e em ações que interferem no

²⁵ As leis orgânicas as quais se refere, são as leis orgânicas da saúde, compostas pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990.

processo decisório nas esferas da formulação, gestão e avaliação de políticas e programas sociais. É neste campo que se situa uma das fontes da diversificação de demandas para os profissionais de Serviço Social expressas

na implantação de conselhos de políticas públicas, na capacitação de conselheiros, [...], na organização e mobilização popular em experiências de orçamentos participativos, na assessoria e consultorias no campo das políticas públicas e dos movimentos sociais, em pesquisas, estudos e planejamento sociais, dentre inúmeras outras (IAMAMOTO, 2004, p.125).

Conselhos caracterizados como espaços públicos paritários, de participação da sociedade civil e do governo “com força legal para atuar nas políticas públicas, na definição de suas prioridades, de seus conteúdos e recursos orçamentários, de segmentos sociais a serem atendidos e na avaliação dos resultados” (RAICHELIS, 2006, p.110). Sua composição plural e heterogênea caracteriza-os como instâncias de negociação de conflitos entre os diferentes grupos e interesses, portanto, “como campo de disputas políticas, de conceitos e processos, de significados e resultantes políticos” (RAICHELIS, 2006, p.110), como já tratado no capítulo anterior. Daí a importância da atuação profissional do Assistente Social junto aos mesmos.

2.1 A atuação do Serviço Social junto aos conselhos de saúde

Como já afirmado, os conselhos de saúde são espaços privilegiados de participação e de controle social, bem como se constituem num campo de trabalho para os profissionais de Serviço Social. Neste campo de trabalho, o Assistente Social pode atuar como conselheiro, representando os diversos segmentos da sociedade civil ou do poder público; como assessor do conselho ou de segmentos da sociedade civil ali representados, interferindo nos processos de articulação, mobilização, fortalecimento e capacitação desta para participação nos referidos espaços ou ainda na capacitação de conselheiros de modo geral (FONSECA, 2006).

Estas formas de atuação do Serviço Social nos conselhos apontam para a dimensão educativa deste profissional, ou seja, para o estabelecimento de novas relações pedagógicas entre assistente social e usuário/sociedade civil, como Abreu (2004) descreve.

Para a autora, o Serviço Social possui uma dimensão pedagógica voltada para a luta pela hegemonia e que se objetiva a partir de três estratégias educativas. Estas estratégias são vistas como propostas de perfis pedagógicos da prática profissional, são elas: a pedagogia da ajuda, a pedagogia da participação e a pedagogia emancipatória.

A *pedagogia da ajuda* compreende as ações profissionais em duas vertentes, a primeira que supõe a ajuda material pelo Serviço Social, que acontece geralmente através de plantões sociais e a segunda, que supõe o cunho educativo e ressocializador da primeira, induzindo o indivíduo a determinada forma de pensar e agir (ABREU, 2002). Já a *pedagogia da participação* desenvolve-se e consolida-se na prática do assistente social a partir das políticas de desenvolvimento de comunidade (DC)²⁶. Nesta pedagogia, supõe-se a intervenção profissional nas relações sociais e pauta-se na idéia de participação popular nos programas de governo como eixo central dos processos de integração e promoção social (ABREU, 2002). A participação, nesta pedagogia, é vista como uma estratégia de organização da cultura e luta pela hegemonia das classes subalternas pelas elites.

A participação como estratégia para luta pela hegemonia também é eixo central da construção de uma *pedagogia emancipatória* pelas classes subalternas e que segundo Abreu (2004, p.55), “se traduz em dois processos: a politização das relações sociais e a intervenção crítica e consciente na sociedade”. Pode-se afirmar que esta pedagogia está diretamente relacionada ao projeto ético-político profissional, que possui em seu núcleo fundante o reconhecimento da liberdade como valor central e a partir daí, o compromisso com a autonomia, a emancipação dos sujeitos e a plena expansão dos sujeitos sociais (NETTO, 2006).

Assim, a pedagogia emancipatória está diretamente relacionada com o *empowerment* do sujeito, ou seja, empoderamento com vistas à autonomia e liberdade e que considera os direitos como ponto central. Esta proposta apresenta-se como articulação das forças no sentido da mobilização do poder dos sujeitos/usuários face à ação de desresponsabilização do Estado.

²⁶ As políticas de Desenvolvimento de Comunidade tratavam-se de políticas de integração social das camadas pobres advindas do meio rural para o urbano, em outras palavras, significava um “processo interprofissional que visa capacitar a comunidade para integrar-se no desenvolvimento através da ação organizada, para o atendimento de suas necessidades e realização de suas aspirações” (AMMANN, 1992 apud GOHN, 2005).

Afirma-se aqui a relação entre o processo de *empowerment* e a pedagogia emancipatória na medida em que são consideradas formas de politização dos sujeitos em relação a sua realidade de vida e na medida em que buscam alterar a qualidade dos serviços e como perspectivas de alteração na correlação de forças a seu favor (ABREU, 2002).

A intervenção do assistente social numa perspectiva emancipatória, volta-se para o rompimento de práticas identificadas com a cultura tuteladora/clientelista da relação entre Estado e sociedade, contribuindo para o surgimento de uma nova e superior prática social (ABREU, 2002). Na perspectiva emancipatória, o compromisso profissional não se dá somente com “as lutas das classes subalternas no âmbito da defesa dos direitos civis, sociais e políticos, da democracia e justiça social”. Ele acontece mediante o compromisso profissional com “as lutas das classes subalternas no sentido da superação da ordem burguesa e construção de uma nova sociedade – a socialista –, a qual supõe a passagem das lutas no campo dos direitos, nos limites da chamada democracia burguesa” (ABREU, 2002, p.206).

Com isso, pode-se afirmar que a dimensão pedagógica do Serviço Social está diretamente relacionada ao caráter educativo da profissão e remete aos efeitos da ação profissional na maneira de pensar e agir da sociedade,

contribuindo para a formação de subjetividades e padrões de conduta individuais e coletivas, elementos esses constitutivos de uma cultura, a qual, com base na análise gramsciana, diz respeito ao modo de vida, isto é, a maneira de pensar e agir, sociabilidade, adequada à racionalização da produção e do trabalho, portanto, uma dimensão das relações de hegemonia na sociedade (ABREU, 2004, p.66).

Também para Iamamoto (2006), o profissional de Serviço Social desenvolve ações de cunho educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que as necessidades e os interesses dos sujeitos de direito ganhem visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos. Assim, os profissionais afirmam o compromisso com os direitos e interesses dos usuários e com a qualidade dos serviços prestados.

O profissional de Serviço Social, através da sua prática político-pedagógica, insere-se em processos de luta pela defesa e ampliação dos direitos, mediante garantia de princípios de universalização das políticas sociais e democratização da gestão estatal. Seu exercício

profissional está pautado em ações que socializam informações e alargam canais de incentivo à participação e ao controle social por parte da sociedade civil permitindo ampliar sua possibilidade de ingerência na coisa pública (IAMAMOTO, 2004).

No papel de *conselheiro*, o assistente social é portador de um mandato atribuído pelo segmento que lhe cabe representar²⁷ (GOMES, 2000) e possui atribuições específicas conforme estabelecido na legislação e no regimento interno do respectivo conselho. Porém, mesmo enquanto conselheiro, o profissional de Serviço Social deve proporcionar o acesso às informações a todos do conselho, facilitando o controle social e incentivando a participação social.

Ao exercer a função de conselheiro de saúde, o profissional de Serviço Social utiliza-se de seu saber específico, afinal, lida com objetos semelhantes aos da profissão. Segundo Gomes (2000, p.169) o assistente social “desempenha o mandato utilizando-se de seus conhecimentos teórico-operativos pondo-os a serviço das causas e finalidades do conselho”.

É importante lembrar, todavia, que todos os conselheiros têm como responsabilidade fazer a articulação entre conselho e segmento que representa, de forma que sua representação possa ser legítima. Assim, o profissional de Serviço Social, enquanto conselheiro, deve repassar as informações do conselho para a instituição que representa, seja através de reuniões ordinárias na instituição, de reuniões específicas sobre o tema junto à diretoria da instituição, da elaboração de relatórios específicos sobre a inserção nos conselhos ou da inserção da sua participação nestes espaços em seus relatórios gerais de atividades.

No papel de *assessor*, o assistente social privilegia ações vinculadas a processos político-organizativos com os usuários dos serviços das instituições, visando seu fortalecimento através da viabilização de seus direitos e da intermediação de seu acesso às informações e aos serviços e políticas sociais (MATOS, 2006).

Segundo Miotto e Nogueira (2006b), as ações profissionais²⁸ do assistente social, seja no campo da saúde ou em outros campos, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos. Nessa perspectiva, as ações profissionais são estruturadas a partir de eixos de

²⁷ O assistente social pode representar o governo, na condição de gestor, como representante de uma entidade prestadora de serviço ou do segmento dos trabalhadores. Já no âmbito da sociedade civil, o assistente social pode representar diferentes instituições/organizações.

²⁸ As ações profissionais são definidas como sendo “um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente” (MIOTTO, 2001 apud LIMA, 2004).

intervenção dialeticamente articulados, a saber: os processos sócio-assistenciais, os processos de planejamento e gestão e os processos político-organizativos (MIOTO, 2003 apud LIMA, 2004).

Os *processos Sócio-Assistenciais* estão pautados em ações que visam à intervenção direta com os usuários, principalmente famílias e segmentos sociais vulneráveis e que buscam responder suas demandas/necessidades mais urgentes e particulares “numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais” (MIOTO, NOGUEIRA, 2006b, p.10). A intervenção nestes processos acontece privilegiadamente no contexto institucional e as ações são classificadas em quatro categorias: ações periciais, ações sócio-emergenciais, ações sócio-terapêuticas e ações sócio-educativas.

Já os *processos de Planejamento e Gestão* correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas em nível de gestão, no âmbito das instituições e serviços e em nível de planejamento e gestão de serviços sociais em instituições públicas ou privadas. Envolve ações em programas e na sistematização das ações profissionais (MIOTO, NOGUEIRA, 2006b).

E, por fim, os *processos Político-Organizativos* correspondem a uma forma de intervenção profissional que consiste em ações de assessoria, mobilização e consultoria aos movimentos sociais e instituições da sociedade civil com a finalidade de universalização do acesso, da ampliação e da efetivação dos direitos socialmente adquiridos (ALVES, 2004). Assim, processos Político-Organizativos desenvolvem ações baseadas na “lógica da pluralidade e cidadania” (LIMA, 2004, p.1) e estão voltados para empoderamento da sociedade civil, a fim de que se tornem sujeitos autônomos e críticos e que possam atuar efetivamente no controle social.

O Serviço Social atua, aqui, contribuindo para o processo de politização e para a ampliação da representatividade da população frente aos diversos espaços de poder (SIMIONATTO, 1999 apud ALVES, LIMA, 2003).

Cabe destacar que aqui se está considerando a capacitação de conselheiros enquanto uma ação de assessoria, logo, um eixo de intervenção que contempla processos políticos organizativos. Pensa-se desta maneira por considerar estas ações diretamente relacionadas ao controle social e à luta pela universalização do acesso, ampliação e efetivação de direitos.

Sendo prerrogativa da assessoria o compromisso com a emancipação dos sujeitos e sua autonomia, cabe ao assistente social problematizar junto com os usuários/conselheiros a

necessidade de sua organização política, não somente no espaço do conselho, mas nos movimentos sociais, nos fóruns, nas comissões, entre outros²⁹.

A assessoria, como proposta viabilizadora do projeto ético-político profissional³⁰, “comprometido com a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais, com a construção da cidadania para todos, alicerçada na ampliação da democracia nas esferas da economia, política e da cultura” (FONSECA, 2005, p.12), consiste, portanto, na contribuição efetiva para a organização da sociedade civil; para sua instrumentalização/capacitação, a fim de que se torne agente de seu próprio desenvolvimento; para a produção e socialização das informações que contribuem para o atendimento das demandas e para o fortalecimento da sociedade civil enquanto classe organizada (SILVA et al, 2002).

Assim, como assessor, o profissional de Serviço Social instrumentaliza e dinamiza o processo participativo de acordo com o potencial político dos sujeitos envolvidos, visando à viabilização de necessidades imediatas e a possibilidade de construção de um novo padrão de sociabilidade entre os sujeitos (ALVES, 2004).

Nos espaços dos conselhos, a assessoria tem um caráter tanto político quanto técnico, devido à representatividade que estes organismos têm na esfera pública. Sendo assim, o Assistente Social democratiza a relação entre os atores envolvidos e aprofunda o exercício de cidadania. Segundo Fonseca (2005, p.20), através de um “domínio de informações para a instrumentalização necessária que requer habilidades técnico-operacionais, o assistente social estabelece um constante diálogo entre os diferentes segmentos sociais envolvidos nessa relação e possibilita alianças que tracem novos caminhos”.

²⁹ Juntamente com as ações de assessoria o profissional de Serviço Social deve desenvolver ações de mobilização social, visto que é a ação inicial de um processo participativo e caracteriza-se por ser o primeiro passo de toda a ação essencialmente política e coletiva. Segundo Martins (2002, apud ALVES, 2004), a mobilização é um processo de grande relevância para o trabalho com os movimentos sociais e pode ser definido como sensibilização, desejo e motivação a uma participação qualificada. Desta forma, o profissional de Serviço Social junto aos conselhos de saúde desempenha o papel de agente mobilizador, ao participar, juntamente com outros sujeitos, em processos que contribuam para que a população apreenda a totalidade de suas condições objetivas de vida e se posicione no enfrentamento de questões, principalmente da área da saúde e na construção de novas relações na sociedade.

³⁰ Este projeto, de caráter universalista e democrático, aposta no avanço “da democracia, fundado nos princípios da participação e do controle social; da universalização dos direitos, garantindo a gratuidade no acesso aos serviços, a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos na perspectiva da equidade” (IAMAMOTO, 2006, p.27). Pensar a defesa dos direitos requer afirmar o papel do Estado na condução das políticas públicas e implica em ações de partilha e deslocamento de poder que combinem instrumentos de democracia representativa e democracia direta. Essas ações ressaltam a importância e o papel dos espaços públicos de representação e negociação como os conselhos de gestão, por exemplo. O projeto ético-político profissional requer ações voltadas ao fortalecimento dos sujeitos coletivos, dos direitos sociais e a necessidade de organização para a sua defesa, construindo alianças com os usuários dos serviços na sua efetivação (IAMAMOTO, 2006).

É preciso, portanto, que o profissional conheça os sujeitos com quem irá atuar e explicita as inúmeras dificuldades que permeiam suas solicitações; é fundamental ainda que o profissional reflita sobre a realidade do objeto de sua ação a fim de planejá-la e realizá-la, adequando-a as perspectivas da autonomia e participação (VASCONCELOS, 1998). Assim, é necessário que o profissional conheça a realidade em que está atuando bem como as questões de saúde que envolvem esta realidade, a fim de contribuir para o desenvolvimento de ações que visem a solução das demandas apontadas pelos conselheiros.

Junto aos conselhos de saúde, o profissional desenvolve ações que visam à construção coletiva de estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social postas e dos limites impostos à política de saúde. O profissional contribui para esta construção ao socializar informações que subsidiem a formulação/gestão da política de saúde e o acesso aos direitos sociais e serviços de saúde; ao viabilizar o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada e ao interferir na gestão e avaliação da política de saúde, ampliando assim o acesso às informações a indivíduos sociais que possam lutar pela alteração dos rumos da vida em sociedade e nela interferir (IAMAMOTO, 2004).

As ações de assessoria podem ser realizadas de diferentes maneiras, ou seja, pode ser cotidiana ou mais pontual, presente nas reuniões ordinárias ou extraordinárias dos conselhos de saúde. Em ambas, o assistente social deve intervir como promotor de processos de reflexão e análise de diferentes situações e desenvolver diversas ações, entre elas, a organização da documentação dos conselhos de plenárias; a elaboração de cartilhas sobre participação, controle social e sobre a política de saúde; a produção de boletins informativos do conselho; a elaboração de planos com propostas de participação popular, estudo e elaboração de um perfil dos conselheiros; o diagnóstico da realidade e de saúde e a elaboração de oficinas e de cursos de capacitação para os conselheiros, dentre outras atividades. Estes cursos, em sua maioria, guiam-se a partir de eixos, como: participação e controle social, os conceitos que envolvem a política de saúde, legislação e orçamento, dinâmica de reuniões e representatividade dos conselheiros, entre outros (COUTO, 1999; ALVES, 2004).

Enfim, constata-se que a partir da Constituição de 1988, com o surgimento de novos sujeitos sociais nos campos de participação social e controle social exigiu-se sua instrumentalização com dados referentes às condições de vida, saúde e trabalho das populações usuárias das unidades e/ou da área de atuação do conselho e também o acesso às informações

necessárias sobre a política de saúde, a fim de fortalecer a participação e o controle social por parte da sociedade civil.

Esta afirmação baseia-se no fato de autores³¹ destacarem a fragilidade da atuação dos conselheiros, principalmente, do segmento da sociedade civil, por não possuírem acesso às informações necessárias para sua atuação e nem terem explicitado seu papel junto aos conselhos de saúde, dificultando assim o controle social da política de saúde e das ações do Estado em relação à política.

Portanto, considerando o controle social como um processo recente e que pressupõe o estabelecimento de novas formas de regulação da relação Estado/sociedade, pode-se afirmar que a efetivação do controle social depende de alguns fatores determinantes. Entre eles, destaca-se a formação permanente e continuada dos conselheiros, a garantia da legitimidade e representatividade dos conselhos e o fortalecimento de estratégias que promovam sua participação na construção de um sistema de saúde, neste caso, que garanta acesso, qualidade e humanização na prestação dos serviços aos usuários (PEREIRA, 2004).

Neste sentido, torna-se necessário um trabalho sistemático e contínuo de formação e capacitação dos conselheiros e dos movimentos que representam, visto que “a função principal do assessor/consultor está em pôr instrumentos que possibilitem o desvelamento do movimento da realidade social, ocultado pelo movimento cotidiano das relações sociais, o que faz parecer inexistente quaisquer alternativas e possibilidades de ação profissional” (VASCONCELOS, 1998, p. 127).

Por fim, afirma-se que é fundamental a assessoria aos conselhos por parte do profissional de Serviço Social, visto que a lei 8.662/93, que regula esta profissão, assinala como sua competência “prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade” (BRASIL, 2003c).

Assim, não resta dúvida que a capacitação dos conselheiros de saúde deve ser realizada através de ações de assessoria aos conselhos pelos profissionais de Serviço Social. Porém cabe ressaltar, antes de entrarmos na temática da capacitação, que estas ações não são específicas do Serviço Social, visto ser,

³¹ Aqui, pode-se citar Vasconcelos (2006), Gohn (2001), Bravo e Souza (2004), Correia (2000; 2005), entre outros.

comum encontrar o assistente social partilhando atividades com outros profissionais (...) [porém] o trabalho coletivo não isenta o assistente social de competências e atribuições profissionais, mas exige maior clareza em relação às mesmas e à afirmação da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto (ABESS/CEDEPSS, 2001 apud FONSECA, 2005, p.11).

Pensar a assessoria como competência do Assistente Social, segundo Fonseca (2005) requer uma reflexão sobre esta área de atuação profissional, já que necessita preparo técnico, embasamento teórico e comprometimento ético-político. Em outras palavras, é necessário que o profissional conheça profundamente as legislações e compreenda a dinâmica da realidade e os movimentos da sociedade para enfrentar os limites profissionais impostos como desafios nesse processo, além de desenvolver ações que estejam de acordo com o Código de Ética profissional e com o projeto ético-político da profissão.

3 CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

No âmbito dos conselhos, as ações de assessoria constituem-se na defesa do espaço instituído de controle social, na formulação e avaliação de políticas públicas, entre outros, porém, “na esfera das relações de assessoramento” (FONSECA, 2006, p.82) a capacitação de conselheiros é a atividade que mais se destaca, sendo considerada o “instrumental que denota o sentido da assessoria” (FONSECA, 2006, p.82). Mas, o que é capacitação?

Há uma discussão sobre a sua utilização do termo capacitação, visto que alguns autores o substituem pelo termo formação. Esta substituição (muitas vezes de ordem ideológica) exige que se faça uma diferenciação entre os dois termos.

O termo capacitação deriva do latim *capacitate* e significa “tornar capaz, habilitar”, ou seja, tornar alguém capaz e hábil para a realização de determinada tarefa. Na área jurídica, o termo significa “dar a alguém poder legal”, ou seja, tornar uma pessoa legalmente apta para fazer alguma coisa. Já o termo formação deriva do latim *formatione* e possui dois significados principais: ato, efeito ou modo de formar; e a maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter ou um conhecimento profissional.

Segundo Pederson (1994, p.5 apud FONSECA, 2004) a educação ou formação é tomada como “um processo de instrução sistemática para desenvolver a capacidade intelectual do indivíduo e adquirir um corpo de conhecimento”. Sua ênfase se dá no teórico/analítico e no processo ou capacidade do sujeito em compreender, comparar, transferir e aplicar conceitos e princípios gerais a situações específicas.

Em contrapartida, a capacitação objetiva dotar os sujeitos de um tipo mais concentrado e específico de instrução a fim de cumprirem tarefas definidas, num contexto específico e servir como “meio para se atingir um fim, ou seja, adquirir experiência em um tipo de trabalho e não constituir-se num fim em si mesmo” (PEDERSON, 1994, p.6 apud FONSECA, 2004).

Em outras palavras, pode-se dizer que a capacitação objetiva habilitar os conselheiros a fim de que desenvolvam suas funções dentro dos conselhos visando ao controle social e também contribuir para o cumprimento do papel dos conselheiros na formulação de estratégias e diretrizes e no controle da execução das políticas públicas.

Assim, a capacitação de conselheiros se torna importante na medida em que contribui para ampliar as condições dos conselheiros em identificar as dificuldades e as possibilidades para uma ação de caráter coletivo, que supere as atividades de natureza pontual, emergencial, assistencialista e respeite a autonomia dos sujeitos sociais, principalmente no que se refere às decisões políticas. (ANHUCCI, SUGUIHIRO, 2006)

Para isso, a capacitação de conselheiros deve ser tanto no sentido político quanto no técnico. Além de assumir novas atitudes em relação à negociação com outros sujeitos, à competência na disputa de posições e à construção de alianças – capacitação política – deve possibilitar o bom desempenho dos conselheiros, o que se dá através do conhecimento do funcionamento do aparelho estatal, dos mecanismos legais que podem e devem ser utilizados para a efetivação dos direitos – capacitação técnica. (TEIXEIRA, 2000).

A capacitação dos conselheiros, principalmente os representantes da sociedade civil, deve dar-se numa perspectiva crítica e propositiva de forma que estes incorporem novas competências políticas, culturais, éticas e técnicas, sem esquecer a combatividade dos movimentos e entidades que representam, desempenhando seu papel com seriedade e compromisso social com a coisa pública (SOUZA, 2004).

A capacitação de conselheiros é, pois, uma ação sócio-educativa e se constitui numa atividade dentro da ação de assessoria, na socialização de conhecimentos a fim de otimizar a rotina dos conselhos.

A assessoria deve ser prestada por um profissional que tenha o “domínio do conhecimento pelo qual foi chamado, além da aquisição de um leque de conhecimentos para muito além do oferecido pela formação profissional” (FONSECA, 2006, p.67). A assessoria exige do profissional estudo, pesquisa, discussões coletivas, aprimoramento e permanente atualização de modo que se atinjam os objetivos propostos pelos assessorados e haja assim um aprendizado coletivo, como já visto anteriormente. A experiência de assessoria e de capacitação deve ser um momento de troca de conhecimentos e experiências entre conselheiros e profissionais de Serviço Social.

Desta maneira, partindo do conhecimento de que resultados de experiências de capacitação de conselheiros realizadas em diversos Estados brasileiros têm demonstrado avanços qualitativos no exercício da função de conselheiro (BRASIL, 2003b); visando contribuir para a transformação da realidade do bairro Saco Grande, no município de Florianópolis/SC, na

perspectiva da radicalização da democracia; e procurando desenvolver uma experiência de estágio que não fosse um “mero aprendizado do que fazer em termos de técnicas, [mas] um momento privilegiado de reflexão – aprendizado – síntese de teoria e prática” (BRAVO e MATOS, 2004, p.5) é que, no período de maio a novembro de 2006, foi realizada uma experiência de capacitação de conselheiros locais de saúde do bairro Saco Grande. Essa experiência materializou-se num dos projetos de estágio curricular obrigatório da acadêmica em questão que teve como locus profissional a Rede Docente Assistencial.

Entende-se que, na perspectiva da efetivação do projeto ético-político profissional, o trabalho de assessoria e, conseqüentemente, de capacitação de conselheiros encontra na Universidade seu locus privilegiado (OLIVEIRA, 2006).

É buscando cumprir o papel social da Universidade, “através da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, que a atividade de assessoria tem se concretizado e adquirido expressão enquanto estratégia profissional” (OLIVEIRA, 2006, p.144). Assim, essa atividade articula-se ao projeto de formação ao realizar-se através da pesquisa, extensão e campos de estágio. Para tanto, contextualizar-se-á a realidade do estágio e do Conselho Local de Saúde do Saco Grande, bem como o relato da experiência de capacitação propriamente dita, seguida de análise crítica acerca da mesma.

3.1 A Rede Docente Assistencial e o Serviço Social na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande

A Rede Docente Assistencial (RDA), como é conhecida atualmente, foi criada em 1997, através de um convênio entre a Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis – Secretaria Municipal de Saúde – e a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Centro de Ciências da Saúde. Este convênio surge em consonância com a Constituição Federal de 1988 que prevê, como competência do SUS, a formação de recursos humanos para trabalhar nos serviços públicos de saúde e também com o objetivo de construir uma estratégia interdisciplinar na formação dos profissionais de saúde ampliando a articulação entre teoria e prática, diversificando os lugares de

ensino - aprendizagem, na perspectiva do paradigma da produção social da saúde com vistas à superação do modelo biomédico hegemônico (FURLANETTO, 2004).

A RDA articula-se na lógica da formação em serviço (MIOTO et al, 2005) em diferentes níveis de formação universitária e na lógica da educação permanente dos profissionais de saúde. Estrutura-se na lógica docente-assistencial através do Sistema Local de Saúde. Tem como objetivo contribuir para a formação de profissionais para trabalhar na promoção da saúde e na resolução de problemas do nível primário de atenção, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família – ESF³² (FURLANETTO, 2004).

A RDA tem como propósito, também, construir uma estratégia interdisciplinar na formação de profissionais de saúde que amplie a articulação entre teoria e prática e diversifique os espaços de ensino-aprendizagem e para isso, objetiva desenvolver programas curriculares e extra-curriculares de formação e capacitação permanente de recursos humanos, de acordo com as diretrizes do SUS.

Assim, a RDA articula, a nível de graduação, os cursos de medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, odontologia e farmácia, e a nível de pós-graduação, o Programa de

³² A Estratégia de Saúde da Família foi implantada em 1994 sob o nome de Programa de Saúde da Família - PSF. Este Programa surgiu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991 e que tem como objetivo proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde através da descentralização das ações e da priorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para isso, é composto por uma equipe de pessoas – os Agentes Comunitários de Saúde, que residem na comunidade onde trabalham e que acompanham os moradores através de visitas domiciliares. O Programa de Saúde da Família visava a reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência por um modelo que priorizasse a atenção centrada na família e uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que voltasse suas ações para além das práticas curativas (BRASIL, 2001b, p.5). A partir de 1997, o PSF passou a ser considerado Estratégia de Saúde da Família. Esta Estratégia busca defender e concretizar os princípios do SUS, objetivando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, entendendo saúde na sua concepção ampliada, que tem como fatores determinantes “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (...)” (Brasil, 2006a). A ESF é guiada, segundo Furlanetto (2004, p. 48), “pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica”, que compreende o conjunto de ações de saúde que abrangem “a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006d). A atenção básica é, sob forma de trabalho em equipe, dirigida às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006d). A ESF estrutura-se a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e equipe multiprofissional. Segundo a Portaria 648/2006, as equipes de saúde da família possuem um caráter multiprofissional e são formadas por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). De forma complementar, são constituídas por uma Equipe de Saúde Bucal composta por um Cirurgião-Dentista e um ACD (atendente de consultório dentário) ou por um Cirurgião-Dentista, um THD (Técnico em higiene dental) e um ACD. Cabe destacar que, atualmente, a ESF é considerada uma estratégia da Política de Atenção Básica, legitimada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006d).

Residência Integrada de Saúde da Família. A RDA tem como principal campo de atuação a atenção básica, ou seja, as Unidades Locais de Saúde – ULS que são consideradas por muitos autores como a porta de entrada do SUS. Todas as ULS têm como missão atender aos princípios do SUS e universalizar o acesso dos serviços oferecidos pelo SUS à população.

Atualmente no município de Florianópolis, todas as ULS são constituídas por equipes de Saúde da Família e por equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Nos anos de 2005 e 2006 a RDA teve como campos de atuação do 2º Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência as Unidades Locais de Saúde do Saco Grande e da Agrônômica.

Estão inseridos na Unidade Local de Saúde do Saco Grande os profissionais que compõem a equipe básica da Estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde e a RDA, através dos residentes e estagiários de diferentes cursos da UFSC. É esta Unidade o lócus do desenvolvimento do estágio em questão.

Em Florianópolis, os profissionais de Serviço Social foram inseridos na atenção básica de saúde, no ano de 2002, através da RDA, através da equipe de profissionais acadêmicos do 1º Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência. Essa inserção se deu na Unidade Local de Saúde do bairro Saco Grande (ALVES, LIMA, 2003).

Atualmente, o Serviço Social na atenção básica no município de Florianópolis é integrado por profissionais residentes (curso de pós-graduação/modalidade residência) e por estagiários obrigatórios da 7ª fase do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina³³. Essa inserção se dá também através das disciplinas de: Movimentos Sociais, Instituições e Organizações e Famílias e Segmentos Sociais Vulneráveis.

A equipe de Serviço Social na ULS Saco Grande tem como principais objetivos norteadores de suas ações:

- desenvolver a integração do curso de serviço social, por meio da graduação e pós-graduação, com instituições públicas responsáveis pela prestação de serviços à população, no âmbito das políticas públicas visando à articulação entre teoria-prática numa relação multiprofissional;
- contribuir para a implementação da concepção da política pública como direito, buscando a melhoria da qualidade dos serviços e ampliação das práticas democráticas participativas, utilizando-se para isso de ações político-organizativas, sócio-assistenciais e de planejamento e gestão e;

³³ Na atenção básica de saúde não há profissionais de Serviço Social contratados/concursados. Este tem sido uma luta, tanto do curso de Serviço Social quanto do CRESS/SC.

- privilegiar o espaço dos programas docentes assistenciais na produção de conhecimento em serviço social e na sua relação interdisciplinar (Equipe de Serviço Social da ULS Saco Grande)³⁴.

Sendo assim, na ULS do Saco Grande, a equipe de Serviço Social desenvolve suas ações a partir dos três eixos de intervenção profissional destacados por Miotto (2003 apud LIMA, 2004): os *processos sócio-assistenciais*, em que através da atuação das estagiárias de Serviço Social foram desenvolvidas ações como o plantão social, o acolhimento, o estudo e acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade; os *processos de planejamento e gestão*, em que foram desenvolvidas ações como o planejamento local de saúde, momento de integração dos estagiários e o cadastro digital da rede de apoio; e por fim, os *processos políticos organizativos*, em que foram realizadas ações de assessoria e mobilização ao Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande e nessas, a capacitação dos conselheiros locais de saúde do bairro Saco Grande, ora foco de reflexão deste trabalho.

3.1.1 O Conselho Local de Saúde do Saco Grande

O Conselho Local de Saúde – CLS – do bairro Saco Grande foi criado em 05 de dezembro de 2002, com base na Resolução n.01 de maio de 2000, do Conselho Municipal de Saúde – CMS – do município de Florianópolis. Esta resolução definiu o conselho local de saúde como um

órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de abrangência da unidade local de saúde, relacionando-se diretamente à hierarquia do Conselho Municipal de Saúde, atuando com atenção especial aos níveis de planejamento local, avaliação da execução e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da unidade de saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2000).

³⁴ Material fornecido pela supervisora de estágio Simone Matos Machado, sem autor e data.

Como pode ser visto, os conselhos locais de saúde do município de Florianópolis não possuem caráter deliberativo, mas sim consultivo. Em contrapartida, os conselhos locais, incluindo o CLS Saco Grande, não possuem composição paritária, sendo formado por 50% mais um de representantes dos usuários e o restante de trabalhadores de saúde e instituições com vínculo governamental. Esta divisão de representação também está prevista na Resolução 01 de maio de 2000 do CMS de Florianópolis, privilegiando assim a participação dos usuários neste espaço de controle social.

O Conselho Local de Saúde do Saco Grande possui um Regimento Interno, aprovado em 03 de abril de 2003, e realiza reuniões mensais, atualmente nas terceiras segundas-feiras do mês às 19h. Cabe destacar, aqui, que a equipe de Serviço Social da ULS Saco Grande tem acompanhado as reuniões do CLS desde sua criação e também, assessorado diversas das suas atividades e reuniões³⁵.

3.2 A experiência do Serviço Social junto ao Conselho Local de Saúde do Saco Grande na Capacitação de Conselheiros

A experiência do Serviço Social junto ao Conselho Local de Saúde do Saco Grande teve início no primeiro semestre de 2003 com a equipe de Serviço Social da ULS do Saco Grande. Durante esse ano, o Serviço Social desenvolveu atividades de assessoria e mobilização ao CLS, visto que este espaço havia sido recém criado e necessitava ser fortalecido.

O CLS do Saco Grande, como mencionado, foi criado em dezembro de 2002, dois anos após sua legalização pelo CMS. Porém, somente iniciou suas atividades em fevereiro de 2003 já com o acompanhamento da equipe de Serviço Social³⁶ da ULS do Saco Grande. Em abril deste mesmo ano o CLS teve seu regimento interno aprovado.

Segundo Alves (2004), logo no início do acompanhamento do Serviço Social ao CLS, constatou-se a necessidade de ampliar a mobilização dos próprios conselheiros e do bairro para

³⁵ O início do acompanhamento ao CLS pela equipe de Serviço Social da ULS Saco Grande pode ser visto em Alves (2004).

³⁶ A equipe de Serviço Social da ULS Saco Grande hoje, é composta por estagiárias, residente de Serviço Social e supervisora local.

participarem das reuniões, visto que o baixo número de moradores e conselheiros nestas interferia numa atuação de qualidade no exercício do controle social. Assim, durante o ano de 2003, integrantes do CLS e a equipe de Serviço Social da ULS envolveram-se em ações que buscavam a mobilização da comunidade para participar das reuniões do CLS.

Demandas relacionadas ao atendimento da ULS, ao seu funcionamento, à indicação de um coordenador para a ULS e à política de saúde também foram pauta das reuniões do Conselho no ano de 2003, resultando numa oficina de Planejamento das ações do CLS, organizada pela equipe de Serviço Social. Essa oficina teve como objetivo levantar “questões a serem priorizadas pelo CLS como subsídios à ação planejada” (ALVES, 2004, p.82) e foi organizada devido às dificuldades encontradas como, por exemplo,

a redução da agenda política do Conselho aos serviços prestados pela ULS, (...), desmobilização dos conselheiros, descrédito dos conselheiros em decorrência da pouca efetividade das ações do CLS e o desinteresse e desconhecimento por parte dos funcionários da ULS do Saco Grande quanto ao papel do Conselho Local de Saúde (ALVES, 2004, p.82)

Em 2004, o CLS esteve envolvido com demandas relacionadas principalmente à ULS, porém, cabe destacar que não há registro/documentação da sua atuação durante o primeiro semestre desse ano. No ano de 2005, diversas mudanças influenciaram a atuação do CLS, sendo que três delas devem ser destacadas. A primeira foi a eleição de novos conselheiros locais de saúde no início do ano e que, apesar de propiciar uma renovação parcial, visto que alguns conselheiros permaneceram no cargo, trouxe novas expectativas em relação a atuação do CLS; a segunda mudança foi a troca de coordenador da ULS. Essa nova coordenação defendeu, de modo geral, os interesses da esfera governamental, porém contribuiu para a ação do CLS na medida em que instigou os conselheiros a exercer a participação e o controle social. A terceira mudança foi a criação do Fórum Social do Saco Grande – FSSG.

O FSSG foi criado em setembro de 2005 a partir da iniciativa do SENAI/CTAI e da Associação Catarinense de Integração ao Cego – ACIC. Tinha como objetivo inicial resgatar o Colegiado de Entidades do bairro Saco Grande³⁷ e, na perspectiva do SENAI/CTAI, desenvolver

³⁷ Este Colegiado reunia as diferentes entidades existentes no bairro e visava a articulação de suas ações na luta pela qualidade de vida dos moradores do Saco Grande.

uma ação de responsabilidade social no bairro. Atualmente, o FSSG é um espaço público organizado, composto por ONG's, associações de moradores, grupos organizados, pastorais sociais, entidades governamentais (entre elas o Departamento de Serviço Social da UFSC) e cidadãos do bairro Saco Grande, tendo como objetivo incentivar a participação e o controle social na busca pela efetivação de direitos sociais bem como se articular à lutas mais amplas na cidade.

O FSSG e o CLS atuaram juntos durante os meses de setembro a dezembro de 2005 defendendo os interesses do bairro nos assuntos relacionados ao Floripa Shopping que estava sendo construído no bairro (inaugurado em novembro de 2006) e nos assuntos relacionados à saúde dos moradores. As diversas ações que o CLS desenvolveu durante o ano de 2005, dentre outras, foram: a luta pela contratação de uma nova equipe de saúde da família para a ULS, a cobrança da participação da nova coordenação nas reuniões do CLS, a divulgação do CLS junto à comunidade, a luta pelos interesses da comunidade em relação às mudanças trazidas pela construção do shopping – sistema de esgoto, sistema viário, segurança, transporte, etc.

Cabe destacar aqui, que no segundo semestre de 2005 o CLS do Saco Grande passou a ser acompanhado pela acadêmica em questão enquanto monitora da disciplina de Processo de Trabalho, Movimentos Sociais e Conselhos de Direito do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste mesmo período, foi realizada uma oficina de capacitação de conselheiros pelo Serviço Social da ULS do Saco Grande. O tema tratado foi “O controle social na saúde: o papel dos conselheiros locais de saúde”.

No ano de 2006, o CLS também passou por outros momentos marcantes. Um deles foi a separação das reuniões do CLS e do FSSG por se entender que estava havendo uma sobreposição de ações e objetivos. Com esta separação, a agenda do CLS voltou-se para os serviços prestados pela ULS, reduzindo a concepção de saúde para a relação saúde-doença. Outra mudança significativa foi o grande número de trocas de coordenador da ULS. Durante o ano, foram três mudanças e quatro coordenadores, cada qual com um tipo de relação com o CLS. Tais mudanças foram resultado das trocas de secretário municipal de saúde, visto que o cargo de coordenador de ULS é de confiança deste. E, finalmente, outro acontecimento foi a realização de oficinas de capacitação para conselheiros e moradores que, apesar das dificuldades encontradas, contribuíram para incentivar a participação e o controle social por parte do CLS.

Assim, pode-se dizer que, durante estes quatro anos de atuação do CLS, as demandas ali trazidas influenciaram diretamente sua ação, assim como as dificuldades encontradas foram

muito semelhantes. Destaca-se: a redução da sua agenda para ações voltadas, quase que exclusivamente, para as demandas da ULS; o descrédito dos conselheiros perante algumas instituições do bairro e da própria comunidade; o desinteresse dos funcionários em participar do CLS; e a pouca mobilização e participação da comunidade nas reuniões do CLS.

Estas constatações foram percebidas já no início de 2006, quando do acompanhamento das reuniões do CLS pela acadêmica em questão, ao verificar que apenas sete conselheiros se faziam presentes nestas reuniões; destes, apenas dois da esfera governamental (funcionários da ULS). Ainda verificava que dos sete, quatro apresentavam um número de faltas significativo. Aqui, cabe destacar que, segundo o regimento interno do Conselho, este deveria ser composto por no mínimo nove e no máximo dezessete conselheiros³⁸.

Entende-se, pois, que esta baixa mobilização e participação do bairro, dos funcionários da ULS e dos próprios conselheiros eleitos do CLS poderia ser resultado do não conhecimento das suas atribuições e também pelo desconhecimento, por parte dos conselheiros, do funcionamento do serviço e da política de saúde.

Partindo dessa hipótese e a partir da demanda surgida na reunião de 15 de maio de 2006 do Conselho Local de Saúde do Saco Grande, agora já durante o estágio curricular obrigatório na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, foi elaborado o Projeto de Capacitação dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Saco Grande. A necessidade de elaborar este projeto, além do exposto, veio do entendimento de que as atribuições dos conselheiros têm exigido seu acesso a informações e conhecimentos necessários para o desenvolvimento de suas ações e para sua atuação (CORREIA, 2005). Assim, a capacitação de conselheiros seria uma das “contribuições para a efetivação do controle social, pois esta tem determinações que estão para além do espaço dos conselhos” (CORREIA, 2005, p.96), como o fortalecimento das entidades populares, dos grupos organizados e das ONG’s, ali representados.

Entendendo que em espaços como os conselhos locais são necessárias ações que considerem os sujeitos como agentes da sua trajetória, como “sujeitos autônomos, capazes, detentores de aspirações e de saberes que os levam a interagir com o meio social a fim de alcançar os objetivos que constroem e adquirir novos valores” (ALVES, 2004, p.78-79), o projeto de capacitação foi elaborado com base em

³⁸ Segundo o regimento interno, com o número mínimo de conselheiros (nove), cinco deveriam ser representantes da sociedade civil e quatro representantes da esfera governamental. Com o número máximo de conselheiros (dezessete), nove deveriam ser representantes da sociedade civil e oito da esfera governamental.

uma metodologia participativa, que permita aos conselheiros serem sujeitos desse processo, inclusive apontando temas e conteúdos a serem desenvolvidos. Essa metodologia tem como ponto de partida o conhecimento, as dúvidas e os questionamentos dos conselheiros, exteriorizando com a utilização de dinâmicas de grupo adequadas (CORREIA, 2005, p.97).

Este projeto de capacitação utilizou como estratégia técnico-operativa o planejamento estratégico e a ação sócio-educativa. A utilização do planejamento estratégico justifica-se devido ao mesmo considerar os sujeitos sociais como fundamentais na elaboração de propostas e, neste caso, das oficinas. Pode-se afirmar que esse tipo de planejamento possui um potencial mobilizador e conscientizador e aponta para o envolvimento dos conselheiros de saúde, associações de moradores, trabalhadores de saúde no processo de planejamento (BRAVO e MATOS, 2006b). Já a ação sócio-educativa aponta para o caráter educativo do Serviço Social e para uma ação emancipatória, conforme apontado por Abreu (2002) e já destacado.

Anteriormente, a capacitação de conselheiros tinha como objetivo a participação dos sujeitos no conhecimento crítico da realidade local e mais ampla, para a construção de estratégias coletivas, na busca por qualidade dos serviços e transparência da sua gestão.

O Projeto “Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde do Saco Grande” teve como objetivo democratizar e socializar o conhecimento de forma a capacitar os conselheiros locais de saúde do bairro Saco Grande e as pessoas interessadas, na luta por democracia, universalidade do acesso aos serviços de saúde e à informação, permitindo facilitar o controle social por parte do CLS sobre as ações da ULS e do Estado em relação à política de saúde.

Em sua versão final, o projeto compôs-se de quatro oficinas de capacitação, planejadas e organizadas em conjunto com o Conselho Local de Saúde do Saco Grande³⁹.

A primeira oficina, como mencionado, aconteceu no dia 11 de maio de 2006 e teve como tema “Controle Social na Saúde: as possibilidades dos conselhos locais de saúde” e contou com a participação de nove pessoas, sendo três conselheiros locais de saúde, dois conselheiros municipais de saúde (que vieram palestrar) e a equipe de Serviço Social da ULS (quatro pessoas).

³⁹ Cabe destacar, aqui, que anteriormente à elaboração do projeto de capacitação, logo no início do estágio, ocorreu uma segunda oficina de capacitação para conselheiros locais de saúde, que visava dar seguimento à oficina realizada no ano de 2005. Esta oficina foi organizada pela residente de Serviço Social da ULS Saco Grande e acompanhada pelas estagiárias de Serviço Social e por isso, posteriormente, foi incluída no Projeto como a primeira de quatro oficinas de capacitação de conselheiros locais de saúde.

Seu principal objetivo era proporcionar um momento de discussão sobre o que é o controle social na saúde e como este vem sendo vivenciado no município de Florianópolis. Objetivou ainda refletir sobre o papel do Conselho Local de Saúde junto à política municipal de saúde, através da legislação e de instrumentos legítimos de representação participativa da comunidade, bem como fortalecer a participação no e do Conselho Local de Saúde.

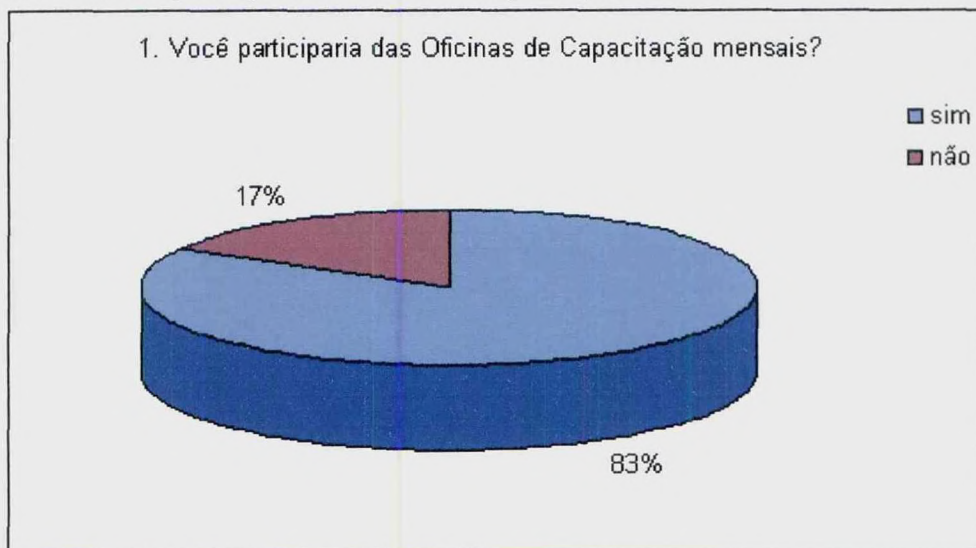
Foram discutidos temas relacionados ao controle social, à legislação relacionada aos conselhos, ao papel do Conselho Municipal de Saúde e sua articulação com os conselhos locais, ao papel do CLS junto à ULS, entre outros. A divulgação da oficina foi realizada durante as duas semanas que a precederam através da distribuição de uma carta convite (apêndice 1), pela residente e estagiárias, para as duas escolas públicas existentes no bairro, para as cinco associações de moradores, para os dois conselhos comunitários, para três instituições prestadoras de serviços no bairro, para todos os ACS e profissionais da ULS e para os sete conselheiros locais de saúde do Saco Grande.

A oficina contou com a presença de três dos sete conselheiros atuantes e de nenhuma das instituições convidadas. Entretanto, avalia-se ter cumprido seu objetivo de capacitação na medida em que contribuiu para despertar nos conselheiros presentes o interesse de conhecer mais sobre o papel dos conselheiros e do próprio CLS. Prova disso é a ata da reunião de maio do Conselho Local de Saúde do Saco Grande (anexo 1) acontecida na semana posterior à oficina, onde foi proposta, por conselheiros, a continuidade da capacitação de conselheiros e comunidade do bairro Saco Grande.

A segunda oficina teve como tema a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” e foi marcada para o dia 10 de agosto de 2006. Porém, anteriormente à sua realização, visando perceber o real interesse dos conselheiros pela proposta de capacitação e visando inseri-los e torná-los sujeitos do processo de elaboração das oficinas, foi aplicado um questionário (apêndice 2) com perguntas objetivas, durante reunião do FSSG, onde a participação das lideranças do bairro é mais ampla e também conta com a participação dos conselheiros locais. De um total de 25 lideranças presentes na reunião, 12 responderam o questionário.

Dos que responderam o questionário, 83% afirmam que gostariam de participar das oficinas mensais (Gráfico 1) que aconteceriam entre agosto e dezembro de 2006, conforme gráfico abaixo.

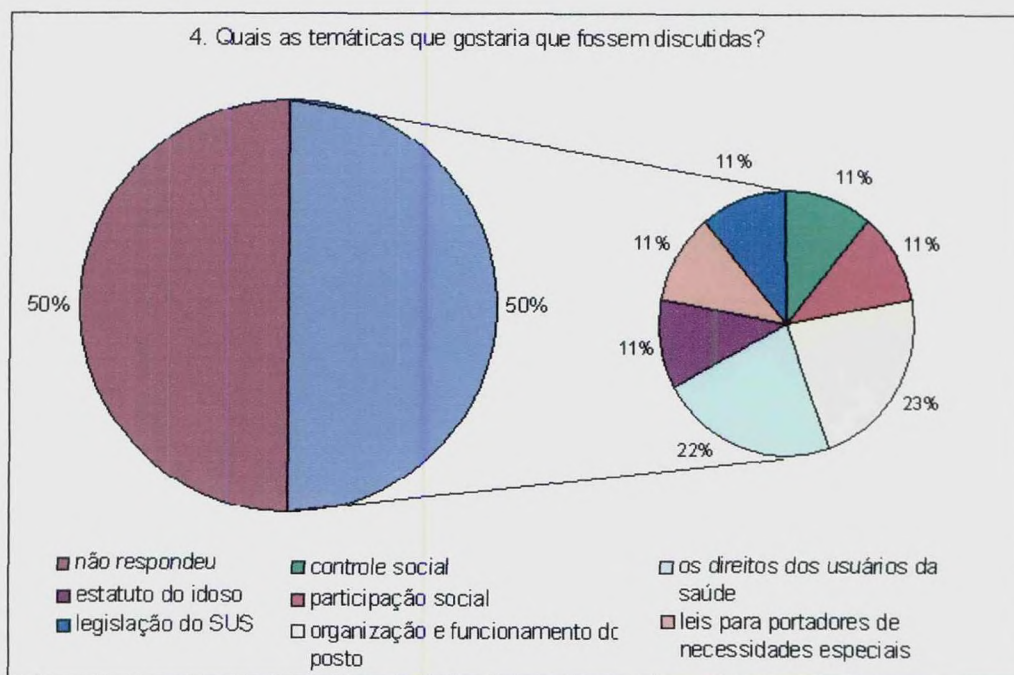
Gráfico 1 – Interesse em participar das oficinas de Capacitação.



Os 17% que responderam que não participariam das oficinas, justificaram sua resposta afirmando excesso de trabalho. Em relação à oficina proposta para o dia 10 de agosto, os mesmos 83% responderam que teriam interesse em participar. Destes, 37,7% estiveram presentes na oficina (cinco pessoas).

O questionário, apesar de respondido por um número pequeno de pessoas, mostrou um interesse por parte das lideranças e reafirmou o interesse dos conselheiros em participar das oficinas. Além disso, através do questionário, conselheiros e lideranças do bairro puderam sugerir temas, dias da semana e horários/período de seu interesse para a realização das oficinas. Em relação aos temas, apenas 50% dos entrevistados responderam a questão, sendo destes, 22% relacionados aos direitos dos usuários da saúde, 11% ao controle social, 11% à participação social, 11% relacionados ao Estatuto do Idoso, 11% às Leis que definem direitos para pessoas com deficiência, 11% relacionados à legislação do SUS e 23% relacionados à organização e funcionamento da ULS⁴⁰, conforme mostra o gráfico 2.

⁴⁰ Deve-se considerar, aqui, que uma liderança pode ter sugerido mais de um tema.

Gráfico 2 – Temáticas para as oficinas de Capacitação

A partir dos dados recolhidos via questionário, as outras oficinas começaram a ser elaboradas e adaptou-se a oficina de agosto que estava para ser realizada, aos resultados obtidos. Um dado deve ainda ser destacado: o número de conselheiros que responderam o questionário foram cinco (do total de sete).

Após a aplicação do questionário e compilação dos dados, iniciou-se a divulgação da oficina “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, que tinha como objetivo proporcionar um momento de discussão sobre a Carta, visto que estava sendo amplamente divulgada pela mídia nacional como forte instrumento na luta pela qualidade dos serviços de saúde e pelos direitos dos usuários destes serviços. Objetivava também refletir sobre o papel do Conselho Local de Saúde e do próprio bairro na efetivação dos direitos colocados na Carta e sobre as responsabilidades dos gestores na sua efetivação.

A divulgação desta oficina foi realizada durante as duas semanas que a precederam através da entrega de 30 cartas-convite (ver apêndice 3) para todos os profissionais da ULS e aos sete Conselheiros Locais de Saúde. Além das cartas, mais 200 convites (ver apêndice 4) foram entregues a moradores do bairro, lideranças comunitárias e usuários da ULS. Também foi feito o

convite para a oficina na reunião do FSSG⁴¹ e foram confeccionados dois cartazes, colocados em locais estratégicos na ULS Saco Grande.

Durante estas semanas o material que seria utilizado para a oficina foi elaborado e a coordenação da oficina ficou sob responsabilidade das estagiárias de Serviço Social da ULS, sob a supervisão da Assistente Social supervisora de campo. Esta oficina contou com a presença de 14 participantes, sendo três dos sete conselheiros, todos representantes da sociedade civil.

Utilizou-se um vídeo que abordava o tema dos direitos dos usuários da saúde intitulado “Nossos direitos como usuáries do SUS”, as Cartas dos Direitos dos Usuários da Saúde e foi realizado um resgate das legislações que abordam esta temática – Constituição Federal, lei 8.080/90 e lei 8.142/90, através de datashow.

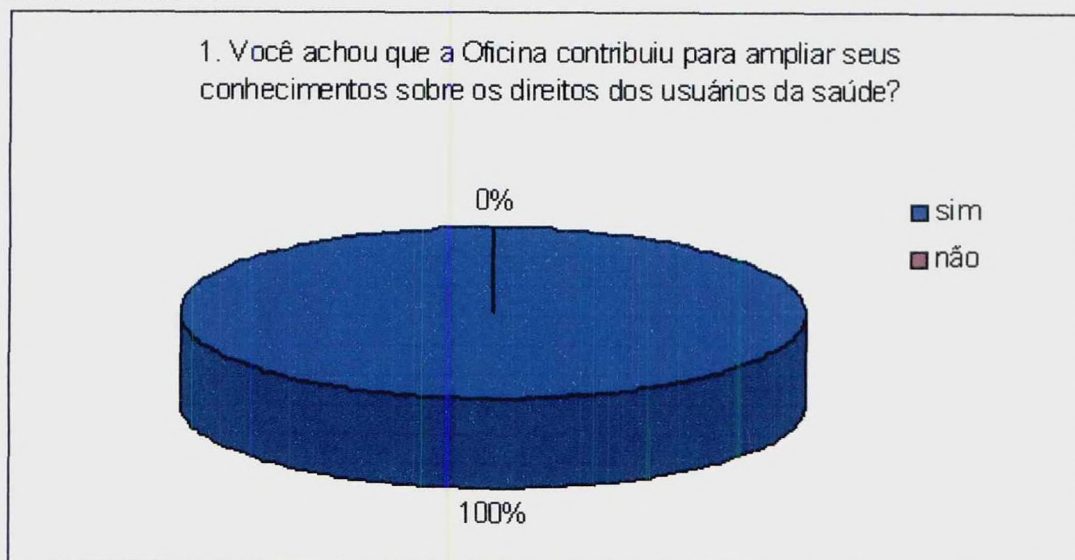
Devido à falta de tempo para concluir a reflexão sobre a Carta, foi sugerido pelos participantes da oficina uma nova data, na semana seguinte (17 de agosto). Com a aprovação de todos, a oficina foi marcada com o objetivo de trabalhar a Carta na sua íntegra e trazer propostas para que direitos dos usuários dos serviços de saúde fossem respeitados em todas as instituições de saúde, principalmente na ULS do Saco Grande.

Ao final da oficina foi aplicado um questionário de avaliação (apêndice 5). De modo geral, os participantes destacaram as discussões sobre o vídeo e sobre a Carta como produtivas e instigadoras.

O questionário foi respondido por 66,6% dos participantes da oficina (seis pessoas), sem contar com a equipe de Serviço Social, que realizou avaliação posterior. Através de seus resultados percebeu-se que 100% dos participantes que responderam o questionário afirmaram que a oficina contribuiu para ampliar seu conhecimento sobre os direitos dos usuários da saúde, mesmo que a Carta não tenha sido discutida integralmente, conforme mostra o gráfico abaixo.

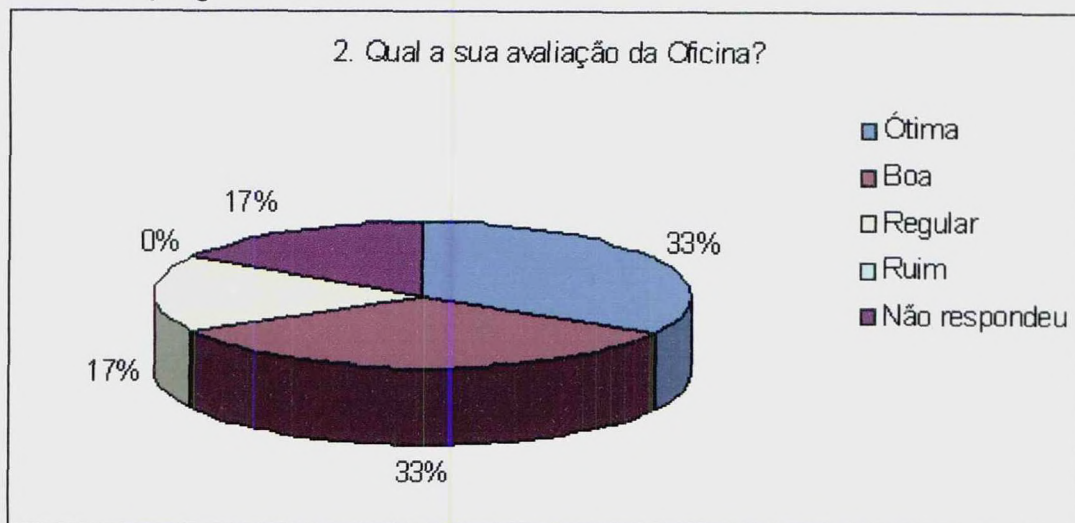
⁴¹ Cabe destacar que toda a divulgação da oficina, seja a distribuição dos convites e cartas ou o aviso na reunião do Fórum, foi realizada pessoalmente pelas estagiárias. Os convites foram entregues pessoalmente para os usuários da ULS nas duas semanas que precederam à oficina e também foram deixados em lugares estratégicos da ULS, como por exemplo, consultórios médicos e dos profissionais de saúde e recepção.

Gráfico 3 – Contribuição da oficina para ampliação do conhecimento dos participantes sobre seus direitos enquanto usuários da saúde



Estes mesmos 100% afirmaram que as oficinas deveriam continuar ocorrendo. Em relação à avaliação de forma geral, 33% afirmaram que a oficina estava ótima, 33% boa e 17% afirmou que estava regular. 17% não responderam à questão, conforme mostra o gráfico 4.

Gráfico 4 – Avaliação geral da oficina



Como dado relevante, os participantes deram como sugestões para a próxima oficina, trabalhar o tema empoderamento, realizar uma divulgação mais ampliada das oficinas,

convidando instituições e pessoas de outros bairros e utilizar dinâmicas variadas para sua realização.

Percebeu-se que os objetivos propostos para as oficinas até então foram atingidos, visto que não somente conselheiros, mas também usuários da ULS, lideranças e moradores do bairro se interessaram pela proposta de capacitação. Porém, ainda era visível a pouca participação do bairro que conta com, aproximadamente, 19.000 moradores, segundo dados da ULS.

Cabe destacar, aqui, que durante a avaliação da oficina pela equipe de Serviço Social, surgiram questões relacionadas à metodologia, que deveriam ser modificadas a fim de atingir positivamente todos os moradores do bairro. Existe no Saco Grande uma instituição voltada para pessoas com deficiência – a ACIC – que incentiva a participação de seus alunos nos espaços de controle social. Nessa segunda oficina, participaram cinco pessoas com deficiência, porém a equipe de Serviço Social não havia considerado este dado, e o material não havia sido adaptado para este público.

A terceira oficina do ano foi marcada para o dia 17 de agosto de 2006 e teve como objetivo continuar com a discussão sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e propor alternativas para a efetivação dos direitos dos usuários nas unidades de saúde e outras instituições.

Utilizou-se a mesma metodologia de divulgação das oficinas anteriores (cartas para os Conselheiros e profissionais, convites para as lideranças e moradores do bairro e cartazes espalhados pela ULS). Porém, o tempo para a divulgação foi consideravelmente menor; apenas cinco dias úteis. Além disso, havia uma pessoa a menos na equipe de Serviço Social. Faz-se necessário destacar que o convite para esta oficina foi ampliado para lideranças de outros bairros, conforme sugestão de uma conselheira, visto que o projeto fora divulgado por profissionais da ULS em algumas universidades (UFSC e UNISUL) e havia pessoas interessadas.

Para essa oficina, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi elaborada também em braille, com o objetivo de proporcionar o acesso de todos os participantes ao material da oficina.

Fez-se presente, no dia da oficina, apenas um dos sete conselheiros e de nenhum morador ou liderança. Assim, a equipe de Serviço Social cancelou a oficina após orientar o Conselheiro em relação à Carta e sanar suas dúvidas.

A última oficina do ano 2006 foi marcada para o dia 20 de novembro, no horário da reunião do CLS, com o objetivo de incentivar a participação dos conselheiros, dos moradores e

das lideranças do bairro que já possuem este horário reservado para os encontros do Conselho. Esta proposta foi sugerida pelos conselheiros, após uma reflexão sobre o interesse destes em continuar com as oficinas. A quarta oficina foi intitulada “O Conselheiro Local de Saúde e sua relação com o Controle Social” e tinha como objetivo proporcionar um momento de reflexão sobre o papel do conselheiro local de saúde, sua representatividade e sua relação com o controle social.

O início da divulgação da oficina estava programado para as duas semanas que a antecederiam, porém, quando os primeiros convites iam ser entregues alguns conselheiros pediram sua transferência, devido a mais uma troca de coordenador da ULS e à necessidade de se realizar uma reunião do CLS a fim de decidir questões relativas à ULS, como a forma de agendamento de consultas e o atendimento do turno noturno. Assim, a quarta oficina foi transferida para o dia 04 de dezembro.

Para a divulgação desta oficina novamente se utilizou da mesma metodologia (convites e cartas) além da divulgação nas reuniões do FSSG e do Conselho, sendo realizada ao longo das duas semanas que antecederiam a oficina. Esta, como a anterior, contou com a presença de apenas um conselheiro, sendo novamente cancelada após a realização de uma reflexão sobre a temática da oficina com o conselheiro.

A partir dos relatos acima, uma análise crítica da experiência se faz necessária, uma vez que neste trabalho se defende a capacitação de conselheiros locais como uma das ações do serviço social.

É fato que a intervenção profissional do Serviço Social da ULS do Saco Grande, especificamente junto ao CLS, ao longo destes quatro anos não alterou significativamente a prática política do CLS na direção de ações que apontassem para uma participação e controle social na perspectiva da efetivação e ampliação do direito à saúde.

A pouca presença de conselheiros, lideranças, organizações da sociedade civil e moradores em geral nas oficinas de capacitação, desenvolvidas ao longo da existência do CLS e em especial no ano de 2006; a pouca presença e faltas constantes de conselheiros nas reuniões do CLS; uma agenda de ações reduzidas, voltadas quase que exclusivamente às demandas da ULS e muitas vezes desvinculadas das lutas mais amplas do bairro; o descrédito/desconhecimento por parte dos próprios conselheiros, dos profissionais da ULS e da população em geral do bairro Saco Grande do papel fundamental do CLS no exercício do controle social junto à ULS sinalizam

alguns dos elementos a serem considerados, ao se refletir as dificuldades enfrentadas pelo serviço social da ULS do Saco Grande nas ações de assessoria, em especial a capacitação, junto ao CLS.

Assim, um **primeiro elemento** a ser considerado é a sobrecarga de atividades que atinge lideranças em geral e conselheiros. No bairro Saco Grande, como já mencionado anteriormente, existem espaços públicos estruturados e com dinâmica intensa: o Conselho Local de Saúde, o Fórum Social do Saco Grande, além das distintas formas de organização da sociedade civil local. Todos estes espaços, à sua maneira, reivindicam melhores condições de vida para os moradores do bairro e qualidade dos serviços prestados. Há que se destacar aqui que os integrantes do CLS, na grande maioria, são integrantes de outras instituições (Associações de Moradores, Conselhos Comunitários, pastorais, grupos informais, fóruns, etc) sobrecarregando-os com reuniões e atividades, o que acarreta num ativismo muito grande por parte dos seus líderes, com conseqüências diretas ao processo organizativo do bairro, na luta por melhores condições de vida. Considerando que estas diversas formas de organização não planejam suas ações conjuntamente, isto gera não apenas sobrecarga de reuniões, como também sobreposição de agendas. Tal dado indica dois outros elementos a serem estudados pelo serviço social: a questão da concentração de poder e a questão da renovação de quadros no movimento popular.

Um **segundo elemento** a ser considerado é a concepção de representação, e conseqüentemente de participação que orienta a militância destes sujeitos. É fato encontrarmos conselheiros cuja concepção de participação, é orientada por interesses particularistas e não pelas questões coletivas (ALVES, 2004), o que pode acarretar uma representação acrílica e despolitizada, uma vez que o conselheiro não consegue fazer a articulação entre o conselho e o segmento que representa, comprometendo a legitimidade da sua representação. Acrescido a este dado, também a forma de inserção dos conselheiros é diferenciada. A dinâmica do CLS não foi acompanhada de forma igual pelos conselheiros, fazendo com que, no cotidiano, acontecessem situações de concentração de informações, e por conseqüência, de poder. O sentimento de coletivo, de pertencimento, que dá estabilidade a um processo de mobilização e de participação pouco se efetivou, visto que poucas pessoas se apropriaram da informação formando suas próprias opiniões e agindo, seja repassando estas informações, seja indo buscar novas.

Um **terceiro elemento** a ser considerado trata-se da conjuntura vivida pelo CLS desde sua criação. O não reconhecimento do CLS por parte de coordenadores da ULS, bem como a troca constante do coordenador, por causa dos arranjos políticos decorrente do processo de gestão

municipal vivido ao longo de 2005/2006, foram fatores significativos na trajetória do CLS. No período de um ano a ULS teve quatro coordenadores, sendo que um ficou menos de um mês. Essa troca constante afeta diretamente o CLS, visto que o coordenador possui um cargo na diretoria do Conselho e deve estar presente nas reuniões. Assim, parte das reuniões do Conselho no ano de 2006 foi utilizada para conhecer as propostas dos novos coordenadores e se adaptar à nova gestão, visto que cada um tinha uma forma de trabalhar com o CLS, uns com mais abertura, onde os conselheiros também participam da coordenação da ULS e outros com menos.

Também o FSSG, criado no ano de 2005 com o objetivo de fortalecer a participação e o controle social do bairro sobre as ações do Estado, teve impacto na dinâmica do CLS, visto que inicialmente, desenvolvia suas atividades juntamente com o CLS. Com a separação destas instâncias, no início de 2006, o Fórum, por contar com a participação de instituições do bairro – escolas, associações de moradores, CLS, grupos organizados – e da Universidade Federal de Santa Catarina, responsabilizou-se pela efetivação dos direitos e por questões mais práticas, relativas à mobilização e à luta pela qualidade de vida dos moradores. Já o Conselho, por contar com a participação da esfera governamental, restringiu suas ações às questões relacionadas à própria ULS. Esta forma de “divisão” de pautas enfraqueceu e mesmo limitou as ações do CLS, fazendo com que este perdesse de vista os fatores determinantes de saúde.

Um **quarto elemento**, diz respeito à divulgação e periodicidade das oficinas de capacitação de conselheiros desenvolvidas pela equipe de serviço social da ULS do Saco Grande. Ainda que a divulgação tenha sido feita com muito cuidado, não se explorou formas alternativas, mais próximas à realidade desta população, que explorassem seu imaginário, que usassem a linguagem da subjetividade, entre outros, o que fez com que ficasse comprometida, já que se diluiu dentro das tantas outras divulgações que usaram os mesmos mecanismos. Já em relação à periodicidade, deve-se considerar que a questão é qualidade e efetividade. Essa deve ser marcada, não tanto pelo número, mas por uma regularidade. Há ainda que se levar em conta a articulação do CLS, de sua agenda, com as agendas das demais organizações ali presentes. Há que se pensar formas de contribuir para uma participação e controle social efetivo por parte dos conselheiros, tendo outras estratégias de ação que não somente a capacitação, pois, como já visto, as ações de assessoria podem ser realizadas de diferentes maneiras, ou seja, podem ser cotidiana ou mais pontual, presentes nas reuniões ordinárias ou extraordinárias. Em ambas, o assistente social pode

intervir como promotor de processos de reflexão e análise de diferentes situações e desenvolver diversas ações, como já mencionado no capítulo anterior.

Um **quinto elemento** a ser considerado é a necessidade da equipe de Serviço Social da ULS conhecer profundamente não só as legislações, mas compreender a dinâmica da realidade e os movimentos da sociedade, global e local, como, por exemplo, conhecendo melhor as demandas dos conselheiros, suas agendas, sua inserção política no bairro, as lutas internas, entre outros, para enfrentar os limites impostos neste processo. Considerando os desafios neste espaço profissional, de um trabalho direto em espaços públicos, é exatamente no atendimento aos usuários dos serviços públicos que mais se exige o trabalho na perspectiva do coletivo, visto que é a própria participação coletiva que dá aos participantes a dimensão de grupo e que revela a força dos processos organizativos.

Um **último elemento** é a necessidade de levar-se em consideração o impacto da experiência de assessoria e de capacitação de conselheiros para os sujeitos envolvidos nestes processos: Universidade, CLS e entidades do bairro Saco Grande. Ao se referir à Universidade, deve-se destacar que esta experiência aponta para o desafio de valorizar a articulação ensino-pesquisa e extensão, sendo necessário “repensar essa articulação por meio de questões que envolvem a formação profissional na área e as que impactam a Universidade na atualidade” (BRAVO e MATOS, 2006b, p.176).

Bravo e Matos (2006b) apontam para a necessidade de se construir campos de estágio em um contexto articulado com a extensão e com a pesquisa de forma a fortalecer os movimentos sociais e construir campos diferenciados de estágio, ideais para a atuação profissional. Além disso, as ações de assessoria e capacitação possibilitam um “permanente questionamento sobre a função social da Universidade na sociedade brasileira e uma interlocução com as demandas, implícitas e explícitas, que os sujeitos e suas organizações apresentam à Universidade por meio do processo de assessoria”(BRAVO e MATOS, 2006b, p.177).

Da mesma forma, o contato direto com os movimentos sociais que lutam pela saúde, bem como os demais segmentos da sociedade civil, influencia na leitura da equipe sobre o papel do Estado e das políticas públicas na efetivação do direito à saúde. Isto deve ser baliza para a compreensão e o questionamento do projeto de formação do assistente social e a busca de seu aperfeiçoamento (BRAVO e MATOS, 2006b).

Em relação ao CLS e às entidades do bairro, a experiência de capacitação proporciona uma visão mais crítica da política de saúde e do próprio conselho, incentivando a articulação entre as diversas entidades e movimentos sociais presentes no bairro. Prova disso é o resultado da experiência de capacitação no Saco Grande, onde se pode destacar que, apesar dos diversos fatores que influenciaram sua execução, esta contribuiu para proporcionar uma visão mais crítica dos conselheiros sobre a ULS e os serviços de saúde prestados no bairro, mesmo considerando a análise já realizada.

Durante a experiência percebeu-se mudanças na forma de organizar e conduzir as reuniões do Conselho. Estas se tornaram mais objetivas, o que contribuiu para que as ações desenvolvidas pelo CLS tivessem maior repercussão e resultados como, por exemplo, a abertura do terceiro turno da ULS e a contratação de uma nova equipe de saúde da família. Além disso, pode-se afirmar, com base nas leituras das atas do Conselho, que os conselheiros estão mais questionadores e fiscalizadores das ações da ULS.

Entretanto, também é verdade que as mudanças de visão dos sujeitos sociais e de suas ações são um processo lento, pois segundo Bravo e Matos (2006b, p.178), “a ação coletiva, na atual conjuntura, tem sido desvalorizada e a ênfase tem sido nos pequenos grupos, no local, na fragmentação”.

Finalmente, deve-se destacar que o exercício da assessoria e, conseqüentemente, da capacitação de conselheiros é uma competência profissional do Serviço Social⁴², visto que cada vez mais estes profissionais têm sido chamados para prestar assessoria à gestão/formulação de políticas sociais públicas e privadas, aos movimentos sociais, entre outros. Apesar de não ser uma prerrogativa exclusiva da profissão, o Serviço Social tem se destacado nas assessorias nesses campos, demonstrando que essa profissão vem sendo identificada como “sujeito produtor e propositor nestes assuntos” (MATOS, 2006, p.45).

Considerando os desafios postos nesse espaço profissional, de um trabalho direto em espaços públicos, é exatamente no atendimento aos usuários dos serviços públicos que se exige mais explicitadamente o trabalho na perspectiva do coletivo. Trabalho que se desenvolve no sentido de criação de espaços que permitam aos usuários “captar e se defrontar com o que há de coletivo em suas demandas” (VASCONCELOS, 2006, p.495).

⁴² As ações de assessoria, segundo a Lei 8.662/93, só são atribuições privativas do Serviço Social em se tratando da matéria “serviço social”.

É a própria participação coletiva que dá aos participantes a dimensão de grupo, que revela a força dos processos organizativos, sejam movimentos sociais, grupos organizados, espaços de controle social, entre outros.

Faz-se necessário, desta maneira, construir uma relação de grupo democrática e saudável de forma a instigar nas pessoas uma tarefa coletiva, democrática na defesa de interesses e necessidades individuais, que expressam interesses e necessidades coletivas (VASCONCELOS, 2006). Assim, corrobora-se com Vasconcelos (2006), que as informações, os conhecimentos, as experiências, as reivindicações realizadas em comum são potencializadas nos espaços coletivos, pois ampliam, desenvolvem e politizam a participação social e o trabalho profissional. Trabalho que deve estar de acordo com o projeto ético-político do Serviço Social, onde este profissional tem como objetivo organizar, dar visibilidade e politizar estes espaços públicos contribuindo para a ampliação e universalização dos direitos, pois se a luta social é complexa e penosa, a participação social permite a distribuição das tarefas entre os diferentes sujeitos fortalecendo-os individualmente e em conjunto, estimulando, ampliando e agilizando o trabalho e a pressão coletiva (VASCONCELOS, 2006). É nisso que a profissão acredita e defende.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência de capacitação de conselheiros locais de saúde e da análise realizada neste trabalho, reafirma-se como sendo a capacitação de conselheiros uma das ações de assessoria assumida com mais efetividade pelo Serviço Social.

A experiência vivida e aqui refletida demonstrou a importância do profissional de Serviço Social estudar, pesquisar, discutir coletivamente, compreender as questões relacionadas às legislações e ao manejo do instrumental técnico-operativo, se aprimorar e se atualizar permanentemente de modo a atingir os objetivos propostos pelos assessorados e de modo a haver um aprendizado coletivo. Porém, acima de tudo, o profissional deve entender a questão da saúde enquanto uma expressão particular da questão social, mas principalmente “(...) as particulares formas de luta e resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social” (IAMAMOTO, 2004, p.59).

Neste sentido, é fundamental que o assistente social conheça os sujeitos com quem irá atuar explicitando as inúmeras dificuldades que permeiam suas solicitações; e reflita sobre a realidade em que está atuando bem como sobre as questões de saúde que envolvem esta realidade, a fim de planejar e desenvolver ações na perspectiva da autonomia e participação e que visem à solução das demandas apontadas pelos conselheiros.

Assim, os assistentes sociais que possuem como base norteadora para suas ações o projeto ético-político profissional devem articular seu trabalho aos interesses e necessidades dos segmentos que dele vivem, mediados pelos princípios de igualdade, justiça e liberdade. Torna-se indispensável, desta maneira, a criação de espaços para o exercício da participação e de experiências democráticas voltadas para a capacitação, organização e efetivação do controle social, na busca pela ampliação e universalização dos direitos.

É exatamente na promoção, pelo Serviço Social, da participação efetiva dos sujeitos sociais na luta pela construção de uma organização social que esteja pautada em outras bases que não a da dominação e exploração de classe, que se baseia o trabalho do profissional de Serviço Social (PEREIRA, 2004). E é nesse sentido também que se percebe a importância da atuação do assistente social junto à assessoria e capacitação de conselheiros de saúde.

Assim, neste trabalho procurou-se trazer contribuições referentes à prática do assistente social junto aos Conselhos de Saúde, principalmente relacionadas à capacitação de conselheiros

locais de saúde, mas que certamente não encerram o debate sobre estas ações. Há a necessidade de se avançar em direção a uma prática profissional qualificada e que busque o fortalecimento e autonomia da sociedade civil para a efetivação de seus direitos sociais e para a sua emancipação humana.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXIV, nº 79, p.43-71, set/2004.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F e ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão de Serviços de Saúde**: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.
- ALMEIDA, K. S. de; NEIVA, A. L. Controle social: uma alternativa de combate à desigualdade. In: 33º Congresso Mundial de Escuelas de Trabajo Social, 2006, Chile. **Anais...** Chile, 2006. CD-ROM.
- ALVES, Francielle Lopes; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **Relatório de Atividades de Estágio na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande**. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.
- ALVES, Francielle Lopes. **Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas**: inserção e os desafios do trabalho do Assistente Social nos conselhos de saúde. Florianópolis: UFSC, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso.
- AMMANN, Safira Bezerra. **Participação Social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.
- ANHUCCI, Valdir; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. Os conselhos de direitos como espaço para a consolidação da democracia. In: 33º Congresso Mundial de Escuelas de Trabajo Social, 2006, Chile. **Anais...** Chile, 2006. CD-ROM.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06/10/2006.
- BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde: NESP; UnB. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p.29-37.
- BASURTO, C. A.; SORIANO, L. C.; CASILLAS, M. A. R. La participación ciudadana: una ausencia? **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº 65, p.78-94, mar/2001.
- BINOTTO, Diselda Soares da Cunha; SOUZA, Elisangela de; BERALDO, Lucélia. A Contribuição do Profissional de Serviço Social para a Execução do Controle Social. In: IX

Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência:** estudos de política social. São Paulo, HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de Outubro de 1988.** Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. **Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004.**(b) Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf Acesso em: 29/09/06

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** Resolução Inamps/MS nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Ces/Legisl/NOB96.pdf> Acesso em: 29/09/06.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** Portaria GM/MS nº 545 de 20 de maio de 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <http://www.cge.ma.gov.br/1996/11/5/Pagina400.htm> Acesso em: 29/09/06.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde/NOAS-SUS 01/2001**(a). Portaria MS/GM n.º 95, de 25/01/01. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/novo_site/biblioteca/legislacao_saude Acesso em 17/08/2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde/NOAS-SUS 01/2002.** Portaria GM/MS/Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (a). Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT_95.htm Acesso em 17/08/2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Guia do monitor:** curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Serviço Social. Aprovado em 04/2001 In: CRESS. **Coletâneas de Legislações:** direitos de cidadania. Curitiba: CRESS 11ª região, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde.** 1ª ed. 10ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Lei 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. In: CRESS. **Coletâneas de Legislações: direitos de cidadania**. Curitiba: CRESS 11ª região, 2003c.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Lei 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 da saúde e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006** (d). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf Acesso em 17/10/2006.

* BRAVO, Maria Inês de Souza. Participação Social e Controle Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de (Orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001, p. 77-84.

_____. Conselhos de Saúde e Seguridade Social. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006. CD-ROM.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

_____. As dimensões ético-políticas e ético-técnicas na formação acadêmica do assistente social: a articulação ensino-pesquisa e extensão. In: XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, 2004, Costa Rica. **Anais...** Costa Rica, 2004.

_____. Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006a.

_____. O potencial de contribuição do Serviço Social na assessoria aos movimentos sociais pelo direito à saúde. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de (orgs). **Assessoria, consultoria & Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2006b, p.151-183.

BRAVO, Maria Inês de Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **Revista Agora**. Ano1, nº 1, out/2004. Disponível em: www.assistentesocial.com.br Acesso em 05 de outubro de 2006.

CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Aprovado em 13 de Março de 1993. In: CRESS 11ª Região. **Coletânea de Legislações: direitos e cidadania**. Curitiba: CRESS/PR, 2003.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Definição das atribuições dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis**. Resolução nº01, de 11 de maio de 2000.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. **Que controle social?** Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Que controle social na política de assistência social? **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXIII, nº72, p.119-144, nov/2002.

_____. A Relação entre Estado e Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXV, nº 77, p. 148-176, mar/2004.

_____. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Controle Social na saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006. CD-ROM.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXI, nº 62, p.35-72, mar/2000.

COUTO, Berenice R. O processo de trabalho do Assistente Social na esfera municipal. **Cadernos de capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 2: reprodução social, trabalho e Serviço Social. Brasília: UnB/CEAD, 1999, p.204-213.

CZERASNIA, Dina. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERASNIA, Dina (org.). **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.39-53.

DEGENNSZAJH, Raquel Raichelis. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. **Cadernos de Capacitação em Serviço Social e política social**. Mod. 3: Política Social. Brasília: UnB, 2000, p.58-70.

FONSECA, Maria Odila Kahl. **Formação e capacitação profissional e a produção do conhecimento arquivístico**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.arquivonacional.gov.br/pub/virtual/conferencias%20mesa%20redonda/mariaodila.htm> Acesso em: 20/11/06.

FONSECA, Tatiana Maria Araújo da. Reflexões acerca da assessoria como atribuição e competência do Assistente Social. **Revista Agora**, ano 2, nº3, dez/2005. Disponível em: www.assistentesocial.com.br Acesso em 03/10/2006.

_____. Análise da literatura profissional sobre a temática da assessoria. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de (orgs). **Assessoria, consultoria & Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2006, p.62-87.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **O acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde: demanda para o serviço social**. Florianópolis: UFSC, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Comunidades: origens, ressignificações e articulações com o poder local no século XXI. In: SOUZA, Maria Antonia; COSTA, Lucia Cortes (orgs). **Sociedade e cidadania: desafios para o século XXI**. Ponta Grossa: UEPG, 2005.

GOMES, Ana Lígia. Os conselhos de políticas e de direitos. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB/CEAD, 2000, p.164-172.

GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro et al. A concepção de educação e a formação do profissional de Serviço social. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006. CD-ROM.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas**. Florianópolis: DSS/ UFSC, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso.

- MARTINS, Aline de Carvalho. Conselhos de direitos: democracia e participação popular. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 189- 206.
- MATOS, Maurílio Castro de. Assessoria e Consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de (orgs). **Assessoria, consultoria & Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2006, p.29-61.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MIOTO, Regina Célia T. A intervenção dos Assistentes Sociais junto à famílias e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes: a instrumentalidade do Serviço Social em questão. In: **10º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS, 2001**, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: UERJ/CBAS, 2001. CD-ROM.
- MIOTO, Regina Célia et al. **Projeto de Integração Docente Assistencial do Departamento de Serviço Social da UFSC: Documento Preliminar**. Florianópolis: UFSC/Departamento de Serviço Social, 2005.
- MIOTO, Regina Célia T.; NOGUEIRA, Vera Maria R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006a. CD-ROM.
- MIOTO, Regina Célia T.; NOGUEIRA, Vera Maria R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006b. CD-ROM.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**, uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. Projeto ético-político: a construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006. CD-ROM.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. As três idéias de sociedade civil, o Estado e a politização. In: COUTINHO, C. N. (org.) **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 215-233.
- NOGUEIRA, Vera Maria. **O Serviço Social na área da Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2005. Trabalho não publicado.
- OLIVEIRA, Andréa Gonzaga de. Assessoria e Serviço Social: a articulação entre ensino, pesquisa e extensão na Faculdade de Serviço Social da UERJ. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de (orgs). **Assessoria, consultoria & Serviço Social**. Rio de Janeiro:7Letras, 2006, p.116-148.
- PEREIRA, Silvana Maria. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis – 1989 – 1994**. Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação de Mestrado.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Revista Ser Social**, nº10. Brasília: UnB, 2002.

PEREIRA, Débora de Sales. Análise do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

PINSKY, J.; PINSKY C.B. (orgs). **História da Cidadania** São Paulo: Contexto, 2003.

PRAZERES, E. R.; LOUREIRO, A. S.; SARMENTO, H. B. M. O serviço social e a participação popular: concepções e estratégias na gestão dos serviços sociais. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

RAICHELLIS, Raquel. **Esfera Pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática.** São Paulo: Cortez, 1998, p. 25-45.

_____. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XXVII, nº 85, p.109-116, mar/2006.

RIBEIRO, Edaléa Maria. **Movimentos Sociais em tempos de democracia e globalização em Santa Catarina: os anos 90.** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2005.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SILVA, Alessandra Ximenes da. Conselhos de políticas públicas – espaços de ampliação da Democracia? In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

SILVA, Maria Ozanira Silva, et al. Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In: SILVA, Maria Ozanira Silva (org.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** São Paulo: Cortez, 2002, p.97-216.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Pobreza e Participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XXII, nº66, p.145-164, jul/2001.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Serviço Social na saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social.** Rio de Janeiro, UFRJ, 2001. Dissertação.

_____. Participação e controle social. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004, p. 167-187.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Conselhos de políticas públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? **Pólis**. São Paulo, n.37 Conselhos Gestores de Políticas, p.97-119, 2000.

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

VASCONCELOS, Ana Maria. Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XIX, nº 56, p.114-134, mar/1998.

_____. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, A. M. et al. Serviço Social, referências éticas e profissões de saúde. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais... ENPESS/ABEPSS**, Porto Alegre, 2004.

VASCONCELOS, A. M. et al. Profissões de Saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. S. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. Os sujeitos sociais em questão. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XIII, nº 40, p.141-156, dez/1992.

_____. Educação e Cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXI, nº 62, p.156-167, mar/2000.

WIESE, Michelly Lautita. **A categoria social no âmbito das práticas profissionais no Programa Saúde da Família do Município de Blumenau**. Florianópolis: UFSC, 2003. Dissertação de Mestrado.

APÉNDICE

CONVITE

Vimos, através deste, convidá-lo para participar da oficina: **O Controle Social na Saúde: as possibilidades dos Conselhos Locais de Saúde** a ser realizada no dia **11 de maio de 2006, das 18 às 21 horas, no Auditório da Unidade Local de Saúde do Saco Grande.**

O objetivo desta oficina é proporcionar um momento de discussão sobre o que é o controle social na saúde e como este vem sendo vivenciado no município de Florianópolis. Também objetiva refletir sobre o papel do Conselho Local de Saúde junto a política municipal de saúde, através da legislação e de instrumentos legítimos de representação participativa da comunidade, bem como fortalecer a participação no e do Conselho Local de Saúde.

Programação da oficina

18:00 - Apresentação - As. Social Cleidiamar Ap.Furlanetto (ULS Saco Grande/UFSC)

18:20 - Emergência do controle social no contexto Brasileiro - conselhos e conferencias - As. Social Simone Machado (PADA/UFSC)

19:00 - Conselhos de Saúde em Florianópolis: as possibilidades dos Conselhos Locais de Saúde - Jose Luiz Freire e Darcy Evangelista Zamora (Comissão de Apoio aos Conselhos Locais de Saúde/Conselho Municipal de Saúde)

20:00 - Debate e Avaliação

Contamos muito com sua presença!!!

Atenciosamente

Cleidiamar Aparecida Furlanetto
Membro equipe organizadora

Organização
Serviço Social / Residência em Saúde da Família - UFSC/PMF

Apêndice B - Questionário sobre oficina de Capacitação

A Unidade Local de Saúde do Saco Grande possui atualmente duas estagiárias de Serviço Social e cada uma está focando seu estágio em determinada área. Uma das áreas escolhidas é o Conselho Local de Saúde e a capacitação dos Conselheiros Locais e para perceber o interesse dos Conselheiros em estarem participando desse processo de capacitação é que está sendo aplicado este questionário.

A proposta é realizar quatro oficinas neste ano, ou seja, uma por mês nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro e a partir do próximo ano, realizar oficinas de manutenção, ou seja, uma oficina por semestre ou anualmente.

Pensamos que a primeira oficina poderia acontecer no dia 10 de agosto (quinta-feira) às 18:30h sobre o tema “Carta dos direitos dos usuários da saúde”, tema este que está sendo amplamente divulgado pela mídia e é fundamental para todos os usuários da saúde.

Para que esta proposta seja realizada da melhor maneira possível e em conjunto com os Conselheiros pedimos para que respondam este questionário.

1. Você participaria desta capacitação proposta (uma vez por mês durante 4 meses)?
Sim Não Se não, por quê?
2. Qual o melhor dia para que essa capacitação aconteça?
3. Qual o melhor horário para a realização das oficinas?
Manhã Tarde Noite
4. Quais as temáticas que você gostaria que fossem discutidas nestas oficinas?
5. Você participaria da oficina que será realizada no dia 10 de agosto às 18:30h sobre o tema “Carta dos direitos dos usuários da saúde”?
6. Deixe o seu nome e telefone para contato:

Obrigada pela sua contribuição!

Estagiárias de Serviço Social – Débora e Moanna

CONVITE

Vimos, através deste, convidá-lo para participar da oficina: **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde** a ser realizada no dia **10 de agosto de 2006, das 19:30h às 21:30h, no Auditório da Unidade Local de Saúde do Saco Grande.**

O objetivo desta oficina é proporcionar um momento de discussão sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que está sendo amplamente divulgada pelo governo e que deve ser um forte instrumento para todos os usuários da saúde na luta pela qualidade dos serviços de saúde e pelos direitos de todos que os utilizam. Esta oficina também objetiva refletir sobre o papel do Conselho Local de Saúde e da própria comunidade na efetivação dos direitos colocados na Carta e também sobre as responsabilidades dos gestores para esta efetivação.

Programação da oficina

19:30h - Apresentação - Estagiárias de Serviço Social - Débora e Moanna (ULS Saco Grande/UFSC)

19:45h - Apresentação do Vídeo "Nossos direitos como usuárias do SUS" - Grupo Loucas de Pedra Lilás

20:10h - Leitura e discussão da "Carta dos Usuários da Saúde"

21:15h - Avaliação

Contamos muito com sua presença!!!

Atenciosamente,

Débora Martini, Moanna Matos, Cleidiamar Aparecida Furlanetto
Membros da Equipe organizadora

Organização
Equipe de Serviço Social da Unidade Local de Saúde do Saco Grande

Apêndice D - Convite para a oficina Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

CONVITE

Venha participar da oficina sobre a **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde** a ser realizada no dia **10 de agosto de 2006, das 19:30 às 21:30 horas, no Auditório da Unidade Local de Saúde do Saco Grande.**

Contamos muito com sua presença!!!

Atenciosamente,

**Débora, Moanna e Cleidiamar
Membros da Equipe organizadora
Serviço Social**

Apêndice E - Questionário de Avaliação da oficina de Capacitação

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – SACO GRANDE
SERVIÇO SOCIAL
Avaliação da oficina sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

1) Você achou que a oficina contribuiu para ampliar seus conhecimentos sobre os direitos dos usuários da saúde?

SIM NÃO

2) Qual a sua avaliação da oficina?

ÓTIMA BOA REGULAR RUIM

3) Em sua opinião, a dinâmica da oficina (apresentação, vídeo e debate) foi:

ÓTIMA BOA REGULAR RUIM

4) Você acha importante que essas oficinas continuem ocorrendo?

SIM NÃO

5) Deixe suas sugestões para as próximas oficinas.

ANEXOS

Anexo A - Ata da reunião de maio de 2006 do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

Aos quinze dias do mês de maio de dois mil e seis, às dezenove horas e quinze minutos deu-se início à reunião do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande, no auditório da Unidade Local de Saúde - ULS do referido Bairro. Miriam inicia a reunião apresentando a Coordenadora da Regional Leste, a enfermeira Ana Maria Berreto e se apresentando como a nova coordenadora da Unidade Local de Saúde. Ana se apresentou e comentou que a Regional é uma descentralização da Secretaria de Saúde, que dividiu o município em 5 Regionais que funcionam como “mini” secretarias de saúde. Comentou que a descentralização proporciona um maior controle das Regionais em relação ao orçamento da Secretaria e aos medicamentos. Cada regional é formada por um Coordenador, um Supervisor de Saúde, um Assessor de Vigilância Epidemiológica, um Técnico em enfermagem em Vigilância Epidemiológica, um Assessor de Vigilância Sanitária, um Técnico em enfermagem em Vigilância Sanitária. Ana informou que o Saco Grande está situado na Regional Leste e que esta divisão foi realizada tendo por base a proximidade dos bairros e não o acesso a eles. Ainda em relação a Regional, Ana mostrou que foi elaborado um relatório com todos os recursos disponíveis em cada ULS da Regional Leste e que irá trazer uma cópia para o Conselho. A Coordenadora da Regional Leste comentou que o Conselho deve respeitar a hierarquia estabelecida na Secretaria a fim de não sobrecarregar o Secretário de Saúde. A hierarquia é a seguinte – Miriam (coordenadora da ULS) – Ana (coordenadora da Regional Leste) – Selma (Secretaria da Saúde) – Cândido (Secretário Municipal de Saúde). Ana avisou que haverá a pré-conferência de saúde no dia 27/05 às 13h no Auditório da ULS do Saco Grande e que para isso o Conselho deve se reunir e trazer propostas para a Pré-Conferência, esta, por sua vez irá levantar propostas de interesse regional para a Conferência que será realizada em julho. Em seguida, Simone leu a ata da reunião passada como forma de lembrar as discussões e como ponto de partida para a pauta de hoje. Nina esclareceu que aconteceu uma audiência pública sobre saúde no dia 02/05, mas que não compareceu, pois não conseguiu o levantamento dos recursos materiais e humanos da ULS do Saco Grande. Comentou que a antiga coordenadora ficou de repassar estas informações ao Conselho, mas não o fez. A próxima reunião será daqui a dois meses. Nina também esclareceu que não sabia da legitimidade do Conselho e que poderia participar sem esta lista. Comentou ainda da conquista do

CLS, que depois de enviar diversos documentos à Secretaria, a placa da ULS do Saco Grande foi recolocada no seu lugar (estava caída a mais de 6 meses) e comentou da falta de medicamentos na Unidade, que ainda não foi resolvido, mas já foram feitos documentos para a Secretaria. Nina falou da importância da oficina de capacitação que ocorreu no último dia 11 para os conselheiros. Nina relatou ainda que as consultas na ULS são muito demoradas (fila de espera de 2 meses) e que espera que outro médico venha substituir a nova coordenadora para que os usuários da ULS não sejam prejudicados no atendimento. Nina levantou os problemas da ULS e pediu que a nova coordenadora tome providências para melhorar as condições do atendimento nesta instituição. Angelita questionou se a ULS tem vacina contra raiva. Miriam esclareceu que possui e que também faz o acompanhamento necessário, tanto da vítima quanto do cachorro (através do ACS) durante o período de 10 dias (necessário para perceber se o animal possui ou não raiva). Angelita comentou da importância da oficina de capacitação para conselheiros realizada na semana passada (11/05/06) e sugeriu que ela fosse realizada mais vezes. Outros conselheiros que também participaram da oficina também elogiaram a oficina e destacaram sua importância para o fortalecimento do CLS. Foi proposto que aconteçam oficinas 3 vezes ao ano no período da reunião do Conselho Local. Os conselheiros apoiaram a proposta, mas levantaram que não tem como ocupar sempre as reuniões do CLS, que pode-se utilizar este horário para uma oficina e as outras um horário alternativo. Beatriz demonstrou satisfação em ter Miriam como nova coordenadora da ULS e se colocou a disposição para ajudar no que for preciso, tanto enquanto conselheira quanto em nome da ACIC. Beatriz destacou a importância de poder falar nas reuniões do CLS e na ULS sem que haja brigas e destacou que a relação CLS x ULS deve se utilizar mais de diálogos e não de brigas. Buscar direitos de forma dialogada e buscando também soluções. Destacou que a conversa e os encaminhamentos escritos são necessários. Rui concordou com Beatriz mas comentou que muitas vezes quando o diálogo não é possível as brigas tornam-se necessárias. O Conselho se colocou à disposição da nova coordenadora apesar de fazer diversas exigências, principalmente relacionadas com a transparência e presença da coordenadora nas reuniões do CLS. Após a oficina, os conselheiros passaram a exigir mais clareza da administração da ULS. Ana comentou que a nova gestão da Secretaria de Saúde trará benefícios à comunidade e ao funcionamento da ULS, inclusive no período noturno, que ainda não está funcionando de acordo com a demanda do bairro. Ana esclareceu que a história de luta e de trabalho do novo Secretário de saúde irá ajudar na sua administração e preparou a ULS para

possíveis visitas surpresa do Secretário. Ana afirmou que o orçamento para este ano é de 135 milhões, mas que mais da metade já foi utilizado. Miriam colocou que a Unidade Local de Saúde do Saco Grande possui uma equipe muito qualificada, já que está diretamente em contato com a UFSC, destacou que o controle social será qualificado já que a ULS tem o dever de formar profissionais em serviço e qualificá-los para atender pelo SUS. Esclareceu à Nina que está aguardando dois novos médicos e que a população não será prejudicada, que a qualidade dos serviços será fundamental na sua gestão. Destacou que para a ULS funcionar de forma adequada, irá precisar de controle social, mas principalmente da colaboração do Conselho e do Fórum e da equipe/comissão que está sendo montada para auxiliar na coordenação da ULS. Comentou que irá levar certo tempo até que organize tudo e levante todos os dados da ULS, mas afirma que isso será feito. Afirmou que o apoio do CLS e o controle social serão fundamentais para a sua gestão até porque afirma ser impossível administrar sozinha uma equipe de 54 profissionais (principalmente quando não há colaboração). Convida novamente o Conselho a ajudar nas marcações de consulta, já que existe um alto índice de falta, tanto por parte de funcionários quando dos próprios usuários, que muitas vezes nem sabem que a consulta ou exame está marcado. Alguns conselheiros estão preocupados com a falta de participação dos funcionários da ULS nas reuniões do CLS e sugeriu que houvesse um revezamento entre os funcionários de forma que não sobrecarregue ninguém. Nina relatou que hoje recebeu uma denúncia de uma usuária da ULS afirmando que foi destratada por um funcionário da ULS e que isso deveria ser visto pela coordenadora. Houve novamente reclamações em relação ao esgoto que está sendo implantado no bairro, visto que o pessoal que está fazendo o recalque do esgoto fechou a saída de esgoto da creche e ele transbordou no pátio da creche, impedindo o acesso das crianças e interrompendo o atendimento da instituição. Assim, na quinta-feira, 18/05, irá acontecer em frente ao shopping uma manifestação com o objetivo de fechar o acesso ao shopping de caminhões e materiais de construção. Outra manifestação está sendo articulada para o dia da inauguração do shopping caso a situação do bairro não seja melhorada. Rui irá chamar a mídia para a manifestação. Nina convidou os membros do CLS para participarem das reuniões do Fórum e das manifestações realizadas por ele. Wanderley questionou a possibilidade de regulamentar a comunidade Sol Nascente, visto que hoje a comunidade é de pedra e por isso não tem como construir fossas individuais, sendo o esgoto da comunidade jogado na cachoeira. Falou que foi tentado fazer fossas comunitárias, mas a prefeitura e a Casan não aprovaram. A AMSOL

não está conseguindo resolver o problema e só consegue pagar pessoas para limpar a cachoeira de 20 em 20 dias. Miriam sugeriu que Wanderley e a comunidade procurem outras fontes. Geraldo afirmou que a Prefeitura deu resposta negativa para a legalização dos terrenos e que por isso a AMSOL não tem como controlar o crescimento e o esgoto da comunidade. Beatriz destacou novamente que todas as lutas da coordenadora que forem de interesse da comunidade serão apoiadas pelo CLS, mas haverá fiscalização, controle e exigência de resultados. Nina distribuiu o Informativo elaborado sobre o Conselho Local de Saúde (em anexo) com o objetivo de informar a população sobre as atividades do CLS e da própria ULS. E ficaram estabelecidos os seguintes encaminhamentos:

- Para próxima reunião a coordenadora ficou de trazer um quadro com os horários de todos os funcionários da ULS que será colocado no mural para o acesso da população.
- Os funcionários da ULS irão decidir se irão aderir a paralisação dos servidores no dia 23/05, a comunidade será avisada e as consultas remarcadas caso a ULS pare.
- Dia 22/05 às 18h haverá a Plenária Local para levantar sugestões para a Pré-Conferência Regional.

Para esclarecer: para a Conferência Municipal a regional Leste levará 57 delegados dentre eles: 29 usuários, 5 prestadores de serviço, 9 gestores e 14 trabalhadores de saúde.

A reunião do Conselho Local de Saúde encerrou-se às 21:30h e ficou estabelecido que os Conselheiros irão participar da Plenária Local de Saúde (dia 22/05), da Pré-Conferência Regional de Saúde (dia 27/05) e da Conferência Local de Saúde, marcada para os dias 13, 14 e 15 de julho de 2006. A próxima reunião do Conselho está marcada para o dia 19 de junho de 2006.