



ÂNGELA FLACH

**CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

FLORIANÓPOLIS, SC

Maio/2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC, UFSM, UNIFRA, UNICRUZ
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

ÂNGELA FLACH

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr^a DENISE ELVIRA P. PIRES

Florianópolis, maio de 2002

Florianópolis, 28 de maio de 2002

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES

ÂNGELA FLACH

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

E aprovada em sua forma final, em 28 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Denise Elvira P. Pires
Presidente

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Membro

Dr Antonio de Miranda Wosny
Membro

Dr^a Vânia Marli S. Backes
Membro Suplente

Dr^a Soraia Dornelles Schoeller
Membro Suplente

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam”.

Paulo Freire

Aos meus pais, Arno e Alícia, pelo apoio incondicional, durante toda a minha trajetória profissional e pessoal.

Ao meu filho, Pedro Henrique, amor da minha vida, por suportar muitas vezes sem entender a minha ausência. Seu sorriso, seu carinho, foram a força para prosseguir nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que comigo trilharam esta caminhada e fizeram esta história.

À minha querida professora e orientadora Denise Elvira Pires de Pires, por acreditar neste trabalho e nas minhas potencialidades; pelo apoio e paciência nas muitas orientações e revisões; pela disposição e força durante toda a trajetória; pelo carinho. Para mim, és um exemplo de dedicação e força e tens em mim uma profunda admiração, respeito e carinho.

Aos professores do curso de Mestrado, pelas experiências e conhecimentos a mim proporcionados.

Aos professores Gelson Luís de Albuquerque, Antônio de Miranda Wosny, Soraia Dornelles Schoeller, Vânia Marli Schubert Backes, pelas sugestões.

A todos os colegas e amigos pelo apoio, pelas alegrias e conhecimentos compartilhados.

Aos meus colegas de trabalho, da Prefeitura de Santa Maria, em especial do gabinete do Prefeito, pelo apoio, carinho e por entender os momentos que tive de ausentar-me.

Aos autores utilizados, neste trabalho, que proporcionaram a minha fundamentação teórica.

Aos sujeitos participantes da minha pesquisa, que concretizaram este desafio.

A todas as pessoas anônimas, que fizeram com que eu acreditasse que a luta por uma sociedade solidária é possível.

A todas as pessoas que fizeram com que esse momento fosse possível.

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que procurou identificar os fatores que facilitam e os que dificultam o exercício do Controle Social em saúde com base na opinião de representantes do executivo municipal, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e usuários de Unidade Básica de Referência Regional em Saúde, “Oneyde de Carvalho”, localizada no município de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul – Brasil. O Referencial teórico de análise tem o Materialismo Histórico e Dialético destacado nas formulações sobre saúde, participação e educação. O estudo apontou para uma convergência de opiniões entre os segmentos dos gestores, lideranças comunitárias e usuários do serviço sobre a importância da participação popular em saúde, sendo que o segmento dos trabalhadores de saúde foi o menos sensível a esse tipo de participação. Considerei neste estudo: a inserção da Unidade Básica de Saúde na sociedade brasileira atual, e influenciada pelo arcabouço institucional e legislativo (Federal, Estadual e Municipal) Pós - Constituição de 1988 e que os sujeitos envolvidos do setor saúde, têm diferentes percepções e interesses em relação ao Controle Social, por isso incluí a visão dos usuários do serviço, dos trabalhadores e dos gestores municipais. Tratou-se de um Estudo de Caso, que permitiu uma imersão na realidade estudada bem como poderá contribuir em futuros estudos comparativos com vistas a um entendimento da complexidade da temática do Controle Social em saúde. Pude perceber que, na realidade estudada, os usuários dos serviços de saúde e as lideranças comunitárias estão mais politizados, e conscientes do seu papel enquanto cidadãos, na luta por saúde e por serviços assistenciais de qualidade e entendem o Controle Social como um instrumento para a conquista deste direito assegurado pela Constituição brasileira de 1988. Os gestores entrevistados identificaram-se com essa visão dos usuários e estes segmentos demonstraram maior entendimento do significado e importância do Controle Social. Os trabalhadores de saúde são os que têm menos clareza sobre o que seja o Controle Social, estão menos sensíveis a participação popular no cotidiano do setor. Este estudo também apontou para a importância de uma educação dialógica, com vistas à conscientização sobre o direito à saúde e o Controle social, bem como questionou o papel que vem sendo desenvolvido pelas Universidades na formação dos profissionais de saúde. Uma das hipóteses possíveis para explicar a realidade encontrada no estudo é que o estado e o município são governados por partidos políticos que defendem o direito universal à saúde e implementam medidas em busca de sua viabilização.

Palavras-chave: controle social, participação popular em saúde, política de saúde.

SOCIAL CONTROL IN HEALTH: POSSIBILITIES AND LIMITS

ABSTRACT

It is a work of quality nature that sought to identify the factors that made easy and difficult the exercise of Social Control in health based in the opinion of the municipal representative, health workers, community leaderships and users of the Basic Unit of Regional Reference in Health, "Oneyde de Carvalho", located in the municipality of Santa Maria, in the state of Rio Grande do Sul – Brazil. The theoretical reference of analysis has the Historical and Dialect Materialism highlighted in the formulations of health, participation and education. The work has pointed out to a convergence of opinions among the managing segments, community leadership and users of the service about the importance of popular participation in health. I have considered in this work: the insertion of the Basic Health Unit in the current Brazilian society, and influenced by the institutional and legislative foundation (federal, state, and municipal) Post-Constitution of 1988 and that the subjects involved in the health sectors, have different interests and perceptions in relation to the Social Control, thus, I have included the view of the users of the service, the workers and the municipal managers. It has been seen as a Case Study, that allowed an immersion in the studied reality as well as it might contribute in future comparative studies with views to an understanding of the theme complexity of Social Control in health. It was noticed that, in the studied reality, the users of the health services and the community leaderships are more politicized, and conscious of their role as citizens, in the struggle for health and for quality assistential services and understand the Social Control as an instrument for achieving this assured right by the Brazilian Constitution of 1988. The interviewed managers identified themselves with this view of the users and this segments demonstrated a greater understanding of the meaning and the importance of Social Control. The health workers are the ones that are less clarified about what Social Control really is, they are less sensible to the popular participation in the daily routine of the sector. This work has also pointed out to the importance of dialogic education, with views to consciousness about the right to health and Social Control, as well as it has been questioned the role that has been developed by the University in the formation of health professionals. One of the possible hypothesis to explain the reality found in this study is that the state and the municipality are governed by political parties that defend the universal right to health and implement measures in search of its viabilization.

Key words: social control, popular participation in the health, health policy.

CONTROL SOCIAL EN LA SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITES

RESUMEN

Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, que busca identificar los factores que facilitan y los que dificultan el ejercicio del Control Social en la salud, basado en la opinión de representantes del ejecutivo municipal, trabajadores de la salud, liderazgos comunitarios y usuarios de la Unidad Básica de Referencia Regional en Salud, “Oneyde de Carvalho”, localizada en el municipio de Santa Maria, en el estado de Rio Grande do Sul - Brasil. El Referencial teórico de la análisis tiene el Materialismo Histórico y dialéctico destacado en las formulaciones sobre la salud, participación y educación el estudio apuntó para una convergencia de opiniones entre los segmentos de los gestores, liderazgos comunitarios y usuarios del servicio sobre la importancia de la participación popular en la salud, contrarrestando que el segmento de los trabajadores de la salud fue el menos sensible a este tipo de participación. Consideré en este estudio: La introducción de la Unidad Básica de Salud en la sociedad brasileña actual e influenciada por el organismo institucional y legislativo (Federal, Estadual y Municipal) después de la Constitución de 1988 y que los sujetos del sector salud, tienen diferentes percepciones e intereses con relación al Control Social, por eso, incluí la visión de los usuarios del servicio, de los trabajadores y de los gestores municipales. Se trató de un Estudio de Caso, que permitió una inmersión en la realidad estudiada así como podrá contribuir en los futuros estudios comparativos con vistas a un entendimiento de la complejidad de la temática del Control Social en la Salud. Pude percibir que, en la realidad estudiada, los usuarios de los servicios de salud y los liderazgos comunitarios están más politizados, y concientes de su papel como ciudadanos, en la lucha por salud y por servicios asistenciales de calidad y entienden el Control Social como un instrumento para la conquista de este derecho asegurado por la Constitución brasileña de 1988. los gestores entrevistados se identificaron con esa visión de los usuarios y estos segmentos demostraron mayor entendimiento del significado y de la importancia del Control Social. Los trabajadores de la salud son los que tienen menos nitidez sobre lo que puede ser el Control Social, están menos sensibles a la participación popular en el cotidiano del sector. Este estudio también apuntó para la importancia de una educación que se dirige a concienciar sobre los derechos a la salud y el Control Social, así como también cuestiono el papel que se viene desarrollando por las Universidades en la formación de los profesionales de la salud. Una de las hipótesis posibles, para explicar la realidad encontrada en el estudio, es que el estado y el municipio que son gobernados por partidos políticos que defienden el derecho universal a la salud e implementan medidas en busca de su viabilidad.

Palabras clave: control social, participación popular en la salud, política de la salud.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE APÊNDICES	xiii
LISTA DE ANEXOS	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
2 PROBLEMA DE PESQUISA E OS OBJETIVOS.....	6
2.1 Problema de Pesquisa	6
2.2 Objetivos.....	7
2.2.1 Objetivo geral	7
2.2.2 Objetivos específicos	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 Aspectos que facilitam o Controle Social	10
3.2 Limites para o exercício do Controle Social	21
4 REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1 Algumas idéias sobre saúde	29
4.2 Controle Social como instrumento para conquista do direito à saúde	31
4.2.1 Teorizando sobre o Controle Social.....	31
4.2.2 Organização da sociedade civil e participação	35
4.2.3 Política de saúde no Brasil e a construção do SUS	38
5 METODOLOGIA	51
5.1 Caracterização do município de Santa Maria e da Secretaria Municipal de Saúde	52
5.2 Caracterização do local do estudo	55
5.3 A coleta e a análise de dados	56

5.3.1 Entrevistas	56
5.3.2 Procedimentos para análise dos dados	62
6 AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL	65
6.1 As visões sobre o Controle Social	65
6.2 Análise dos fatores facilitadores do Controle Social	71
6.2.1 Educação/Conscientização	71
6.2.2 Participação além dos Conselhos e Conferências de Saúde	75
6.2.3 Participação e Orçamento Participativo	79
6.3 Análise dos limites para o exercício do Controle Social	82
6.3.1 Descrédito	82
6.3.2 Educação “bancária” e acomodação	84
6.3.3 Falta de participação e desinformação	86
6.3.4 Saber científico x Saber popular	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES	106
ANEXOS	110

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Região Sanitária “Oneyde de Carvalho”	57
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização de diferentes tipos de PARTICIPAÇÃO	33
---	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Requerimento enviado ao Secretário de Município da Saúde de Santa Maria	107
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista	109

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Organograma da Secretaria de Município e Meio Ambiente	111
--	-----

1 INTRODUÇÃO

O tema deste estudo surgiu após vários anos de experiência profissional em Saúde Pública, atuando como enfermeira na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, no Rio Grande do Sul e depois desempenhando função na gestão dos serviços de saúde, neste mesmo município.

Tanto na assistência de enfermagem, quanto na gestão dos serviços de saúde, sempre tive contato com as questões que envolvem o Controle Social e a participação da população nas decisões sobre a saúde, pois acredito que só veremos implantados o Sistema Único de Saúde, tal como ele é concebido em Lei, se tivermos o conjunto da sociedade imbuída na luta pela implementação de serviços de qualidade, e que, acima de tudo, seja fruto das expectativas da população, em cada região do país.

Mesmo quando participava como Conselheira Municipal de Saúde, pelo segmento Trabalhadores de Saúde, sempre questioneei sobre o cenário que temos no município e as possibilidades e limites para um efetivo Controle Social. Por esse motivo, optei por aprofundar o estudo sobre este tema, contribuindo para ampliar o conhecimento disponível a respeito das possibilidades do exercício do “Controle Social em Saúde”.

Vários são os fatores que fazem com que a população participe ou se omita das decisões sobre a saúde, desde fatores individuais, até coletivos. A forma como as pessoas se organizam em uma sociedade influencia o modo que atuam para conquistar os seus direitos.

Minha trajetória profissional despertou-me para o compromisso com as transformações necessárias ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde, aderentes às necessidades da população. Comungo com a idéia de que saúde é um direito universal e que a assistência à população deve ser feita através de serviços públicos organizados de modo articulado e que prestem assistência integral e igualitária a todos, como um direito básico de cidadania. Entendo que as pessoas sintam-se cidadãos a partir do momento que vêem seus direitos garantidos, não só em Lei, mas sim assegurados na prática cotidiana.

Ao longo da minha caminhada, percebi a importância e as dificuldades para o exercício do Controle Social. Desta forma, acredito que este estudo possa contribuir com os conhecimentos sobre o tema, bem como subsidiar o processo de transformação da realidade. Trata-se do estudo de uma realidade específica, em numa região da cidade de Santa Maria, localizada no Estado do Rio Grande do Sul e apesar de ser um estudo de caso, que não permite generalidades, a análise em profundidade que este tipo de estudo propicia, contribui para estudos comparados e para o entendimento da complexidade do real.

A escolha do tema justifica-se pela sua importância no atual cenário político-institucional brasileiro, do campo da saúde, como se pode perceber resgatando algumas referências históricas.

Dentre estas referências destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde por constituir-se em um marco nas conquistas dos setores populares, de parcela dos profissionais de saúde, e dos movimentos sociais organizados em sindicatos e partidos políticos comprometidos com os direitos de cidadania da grande maioria de excluídos que compõe a população brasileira. Dentre estas conquistas, podemos destacar um novo conceito de saúde, a qual passa a ser compreendida como resultante de condições de vida e de acesso aos serviços de saúde. Destaca-se, também, a vitória da visão de que saúde é um direito universal e que a população deve participar das decisões sobre destinação de recursos, sobre o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde.

As decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde influenciaram o texto da Constituição de 1988. Assim, pela nova Constituição, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos, a ser garantida com financiamento público. Pela legislação relativa à saúde, dos anos 90, é criado pela Lei 8.080/90 o Sistema Único de Saúde que dispõe sobre o acesso universal e igualitário de todos os brasileiros aos serviços de saúde; e através da Lei 8.142/90, são constituídas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, com vistas ao exercício do Controle Social. O Controle Social entendido como a participação da população nas instâncias decisórias do setor, bem como influenciando a tomada de decisões políticas. No entanto, essas positivas características conquistadas em Lei ainda estão muito distantes de serem colocadas em prática na sua plenitude.

O Controle Social sobre os serviços de saúde diz respeito a uma concepção democrática de universalização de direitos. Diz respeito, também, ao entendimento de que a saúde será conquistada na prática cotidiana e que para isso é necessária a participação organizada da população nas lutas sociais e nos fóruns de decisão do setor, como as Conferências, os Conselhos de Saúde, e em outros que a sociedade civil aponte como fóruns deliberativos sobre a saúde.

Somente a população organizada poderá conquistar este direito de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. Para que a população consiga se organizar, deverão ser analisados vários fatores que interferem na forma de organização de uma comunidade, desde os individuais até a forma como estes atuam na sociedade.

Este trabalho pode contribuir para a análise do porquê depois de onze anos assegurado em Lei, o Controle Social é muito pouco realizado. Que fatores interferem, dificultando a participação popular, nos fóruns constituídos legalmente e em outros que decidem sobre os rumos da política a ser implementada no setor saúde?

Este estudo foi realizado na região sul da cidade de Santa Maria, também denominada de região sanitária Oneyde de Carvalho, localizada na periferia da

cidade. Nesta região tem escolas municipais, duas creches, duas Unidades Básicas de saúde e uma Unidade Básica de Referência, local do meu estudo, chamada de Unidade Básica de Referência “Oneyde de Carvalho”. A população atendida por esta Unidade de Saúde é em torno de 18.000 pessoas, que se distribuem em 15 vilas, sendo que 11 pertencem a área urbana e 4 a área rural de Santa Maria.

A cidade de Santa Maria está localizada no centro do estado do Rio Grande do Sul e tem uma população de 243.392 habitantes, distribuída em uma área de 120 km² de área urbana e 1.705 km² de área rural. Na área urbana encontram-se bolsões de pobreza e segundo o Plano Municipal de Saúde de 2000, 75,76% dos chefes de família recebem de menos de um a três salários mínimo por mês.

Na região do estudo, em Santa Maria, existem semelhanças com a realidade vivida pela maioria da população brasileira. Isso pode ser verificado por vários indicadores, inclusive pelos índices do Desenvolvimento Humano (IDH) da ONU.

O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta o mais elevado índice de desenvolvimento humano (IDH) do país, 0,871 e está comparado à república Tcheca, segundo dados de 1996. O Distrito Federal está na segunda colocação com dados de 0,858 segundo a mesma fonte. Este indicador leva em conta o grau de escolaridade, a expectativa de vida e a renda per capita da população. Os constantes investimentos em educação e saúde garantem ao Rio Grande do Sul a condição de unidade da federação com a melhor qualidade de vida do Brasil.

Este estudo foi feito em uma realidade típica do país, e apesar de ser um estudo de caso, portanto refere-se àquela realidade específica, os resultados obtidos podem ser considerados para, articuladamente com outras análises, contribuir para o entendimento da realidade relativa ao tema.

Este trabalho está organizado da seguinte forma: início justificando a relevância do estudo, o problema de pesquisa e os objetivos; a seguir apresento uma revisão da Literatura e o referencial teórico que orientou todo o estudo; no quinto

capítulo descrevo os procedimentos metodológicos e no sexto capítulo apresento os resultados de pesquisa.

2 PROBLEMA DE PESQUISA E OS OBJETIVOS

2.1 O problema de pesquisa

O Controle Social em saúde é um dos elementos importantes para possibilitar a disponibilidade de serviços de qualidade e que atendam as necessidades dos usuários, além disso foi uma conquista da população organizada no processo da Reforma Sanitária Brasileira materializada na Lei 8.142/90. No entanto, apesar dos avanços conseguidos, a real participação da população intervindo no planejamento, no processo da execução dos serviços e definição da aplicação dos recursos financeiros no setor saúde é, ainda incipiente, se considerarmos o conjunto do país.

Com vistas a contribuir para o entendimento do porquê dessa incipiente implantação no país, formulei, como problema de pesquisa, a seguinte questão:

“Que fatores facilitam e que fatores dificultam o exercício do Controle Social em uma Unidade Regional de Saúde, a partir da opinião dos gestores municipais, dos trabalhadores de saúde, dos usuários dos serviços de saúde e das lideranças comunitárias?”.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores que facilitam e os que dificultam o exercício do controle social em saúde, com base na opinião de representantes do executivo municipal, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e usuários da Unidade Básica de Referência Regional em Saúde, “Oneyde de Carvalho”, da região sul de Santa Maria – RS.

2.2.2 Objetivos específicos:

- identificar os fatores que dificultam e os que propiciam o exercício do controle social em saúde
- analisar as possibilidades e os limites para o exercício do controle social em saúde, contextualizando a visão dos informantes na realidade política, social e institucional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Controle Social “é o efeito da ação do cidadão participante sobre os serviços públicos, ou seja, da sociedade sobre o estado, que confere à democracia caráter mais participativo” (<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/controlesocial.html>). A participação da população e o exercício do controle social, possibilitam orientar e direcionar o Estado com vistas à construção de uma sociedade mais justa, solidária e comprometida com a cidadania. Diversas formas de participação da população na gestão das políticas públicas vem sendo implementados no Brasil, como o Orçamento participativo, plebiscitos, participação de segmentos representativos em Conselhos populares e fóruns temáticos. Nesta perspectiva, o controle social em saúde fortalece o exercício da cidadania na luta pela garantia dos direitos conquistados na Constituição de 1988.

Entendendo o Controle Social, como sendo o controle da sociedade sobre o estado, levantei, junto a produção acadêmica brasileira, os estudos que analisam os limites e possibilidades da aplicação do controle social na área da saúde. Essa revisão foi feita com base nas seguintes fontes:

a) Catálogo de teses e dissertações do Centro de Pesquisas e Documentação de Enfermagem (CEPEN), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), de 1995 a 2001.

b) Periódicos da área de Enfermagem e Saúde Coletiva no período de 1995 a 2001.

Na área da Enfermagem, foi feito levantamento nos seguintes periódicos:

– Revista Texto & Contexto Enfermagem

- Revista Brasileira de Enfermagem
- Revista Latino-Americana de Enfermagem

Na área de Saúde Coletiva foram pesquisados os seguintes periódicos: “Cadernos de Saúde Pública” e Revista “Saúde em Debate”.

O período de coleta dos dados - para essa revisão, foi escolhido porque trata-se de um período posterior a aprovação da Lei 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde e a Lei 8.142/90, que instituiu o Controle Social.

No que diz respeito às fontes – o Catálogo da ABEn foi escolhido porque todos os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem encaminham um exemplar dos trabalhos terminais (teses e dissertações) para o CEPEN. Os periódicos por constarem na listagem do “Qualis” da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como de referência na área de Enfermagem e de Saúde Coletiva. A Revista Saúde em Debate pela importância que a mesma teve na divulgação das idéias dos profissionais de saúde comprometidos com as idéias da Reforma Sanitária.

Com base na revisão feita, organizei os estudos realizados sobre o tema destacando o que os autores apontam como aspectos positivos, que possibilita o controle social, e os que o dificultam.

3.1 Aspectos que facilitam o Controle Social

De maneira geral, os autores estudados apontam como fatores que possibilitam o exercício do controle social:

- democratização do saber;
- explicitação das funções dos serviços de saúde e dos fóruns deliberativos da saúde;
- estímulo à avaliação dos serviços de saúde, a ser feita pelos usuários, do

sistema de saúde;

- organização da população em outros espaços de Controle Social;
- a instrumentalização crítica dos representantes dos usuários para que possam participar, efetivamente, da formulação de políticas de saúde bem como da avaliação de sua implementação;

Rodrigues *et al.* (2000, p. 78) destaca o papel dos Conselhos de Saúde no Controle Social e percebe que a conquista desta instância no arcabouço legislativo brasileiro, (Lei 8.142/90), foi uma vitória dos movimentos sociais organizados, dos sindicatos e associações comunitárias.

Para esse autor, o Conselho de Saúde tem a responsabilidade, juntamente com o Poder Executivo e Legislativo, de participar na formulação de estratégias, bem como no acompanhamento e controle da implementação das políticas para o setor saúde. Uma das estratégias a serem adotadas pelos Conselhos diz respeito a uma posição “combativa/ofensiva/criadora com relação à formulação do novo modelo de saúde e à postura defensiva contra os desvios e distorções” (RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 78). Porém, para o mesmo autor, esta postura não pode ser exagerada, e sim “sinérgica e articulada” com o gestor do SUS e o Legislativo, pois este controle deve ser de acompanhamento da execução das diretrizes do SUS.

Para que aconteça o controle social nos Conselhos de Saúde, é essencial que estes estejam instrumentalizados para poderem atuar dentro da sua competência. Se o gestor não estiver atuando de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, é o Conselho de Saúde que deve intervir, e depois de esgotadas as possibilidades de parceria com o Poder Executivo, deve “mobilizar forças sociais e instituições, como o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas, e o Ministério Público para garantir o cumprimento de todas as funções da gestão pelo gestor”, Rodrigues *et al.* (2000, p. 80). O Poder Legislativo é, historicamente, o “mais sensível à construção da democracia e do estado democrático” pois a história demonstra que, em função da

mobilização e do apelo da sociedade, algumas agendas foram mudadas. Portanto, o poder legislativo, constitui-se em um espaço importante de defesa do SUS, porém, os Conselhos ainda não entenderam que o legislativo é mais um parceiro, além do Executivo. Outra questão importante é de que os Conselhos de Saúde e as Conferências se constituíram em uma ferramenta indispensável para a implantação do SUS.

Com a institucionalização do Controle Social, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo acontecem fóruns de discussão e deliberação na área de saúde. Estas instâncias deliberativas têm objetivo de:

[...] assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo (RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 78).

O mesmo autor pondera que as deliberações dos Conselhos de Saúde, depois de discutidas e aprovadas no Conselho, necessitam ser homologadas pelo governo. No entanto, caso o Executivo não homologue as decisões, o Conselho pode, através da força política, garanti-las ampliando a socialização das questões, nas bases dos segmentos representados no mesmo, bem como no legislativo e em outras instâncias.

Em 1990, o controle social, através dos Conselhos, apresentou várias dificuldades pela “baixa experiência e de alguns equívocos e conflitos surgidos no início” de sua implantação (RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 80).

As dificuldades eram tanto do Poder Executivo como do próprio Conselho de Saúde com relação à clareza das atribuições e competências, tanto de um quanto de outro. Nesta época, devido a importância do tema Controle Social, buscando a troca de experiência, bem como o fortalecimento do Controle Social, foram organizados várias Plenárias e Encontros de Conselheiros.

Existia ainda, muito preconceito por parte dos gestores do SUS, que entendiam os Conselhos de Saúde como “basistas”, “partidarizados”, “cooperativistas” e “dificultadores da eficiência da gestão”. Os Conselhos, por sua vez, viam o Executivo como exemplo de “incompetência, burocratismo, fisiologismo, cooptação, autoritarismo e corrupção” (RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 81). Hoje existe um amadurecimento pelo entendimento que ambas as partes têm com relação a importância das competências e atribuições legais, tanto do gestor quanto do Controle Social (RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 81). Por conta deste amadurecimento e pela necessidade de se implementar o controle social, ainda no final dos anos 90 houve um crescimento no número de experiências de Controle Social na saúde, por exemplo, “conselhos comunitários e ou gestores desde postos e centros de saúde até hospitais do SUS” (RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 81).

Outra questão importante que esse autor traz, é a de que a luta pela implantação das diretrizes do SUS superou inclusive os conflitos dos segmentos que integram os Conselhos, que hoje se articulam, não a favor de interesses de seu segmento ou entidade, mas negociam no sentido de ver garantidos os princípios do SUS e um novo modelo de saúde.

Os conselheiros, a partir do momento que estão no Conselho, como formuladores das políticas de saúde, devem sempre retornar para a sua entidade ou segmento levando as propostas para serem debatidas com a sua base de sustentação e vice-versa. O autor destaca que é um desafio para cada representante o embate entre a “cultura política do ‘coletivo homogêneo’ da sua entidade ou instituição de origem e a cultura política do ‘coletivo heterogêneo’ do Conselho de Saúde”(RODRIGUES *et al.*, 2000, p. 84).

Para Rodrigues *et al.* (2000, p. 81):

[...] os Conselhos vem acumulando a experiência de constituir um palco, delimitado e direcionado para o espaço da construção da cidadania da saúde e do SUS, de disputa de projetos de sociedade, com origem em cada um dos quatro segmentos nele representados, e, por vezes em cada entidade.

Perna (2000, p. 100) estuda as perspectivas de exercício do controle social no Pontal do Sul, município de Pontal do Paraná - PR e diz que “existe um horizonte aberto para o processo de expressão da consciência coletiva nesta comunidade”, e que a população, de maneira geral, gostaria de participar da discussão sobre saúde, bem como, dispõe-se a realizar trabalho voluntário no âmbito da saúde. Aponta, também, a necessidade de abrir o debate sobre saúde com a sociedade, de modo a envolver todos os segmentos representados nos Conselhos, destacando que é fundamental a participação, neste processo, dos trabalhadores e dos gestores de saúde. Para esse processo de democratização de debate e de mobilização da sociedade para o envolvimento com a questão saúde, Perna (2000) traz algumas sugestões, como: fazer um painel e mural dentro das Unidades Sanitárias sobre o Conselho de Saúde; publicar em jornais informações a respeito do Conselho; elaborar boletins sobre a história e trabalhos do Conselho; promover cursos de formação para os Conselheiros; distribuir material do Ministério da Saúde nas unidades de saúde; fortalecer o papel da ouvidoria; garantir a participação de conselheiros em eventos sobre o tema; integrar o trabalho dos diversos conselhos no município.

Mocinho (2000, p. 111) descreve uma experiência de reflexão coletiva realizada com conselheiros de saúde do município de Passo Fundo – RS. Esse trabalho foi realizado com base na “teoria problematizadora” de Paulo Freire e a autora aponta que obteve resultados positivos, destacando que houve um “despertar”, por parte dos conselheiros para a importância da capacitação e instrumentalização para o exercício do controle social. Que o espaço de discussão propiciado também contribuiu para a valorização do conhecimento “pré-existente”, bem como para a superação da concepção ingênua, contribuindo para a conscientização dos conselheiros a respeito de seus direitos de cidadania e da importância da participação no Conselho de Saúde.

Em “Participación de la comunidad en la problemática de salud. Um modelo interdisciplinario de investigación acción”, Hausberger e Wacsman descrevem um

trabalho desenvolvido na comunidade de vila Mercedes, município de Rosário de Lerma, em “Salta Argentina”.

Neste trabalho as autoras procuraram conhecer as concepções de saúde e a participação da comunidade, bem como, gerar uma proposta que surja do cotidiano dos atores envolvidos, que sirva para envolver e integrar a comunidade com a problemática da saúde. O interesse neste trabalho, segundo as autoras, se deve a ausência de uma “verdadeira” participação da comunidade na área da saúde. Dentro da comunidade em questão elas revelam que havia muitos conflitos, e estes se davam pela divergência de opiniões entre os diversos atores sociais. Segundo Hausberger, Wacsman (2000, p. 125),

[...] la participación social se comprende contextualizándola dentro del análisis de la crisis y de la relación entre actores sociales que la determinan, de modo que el mismo modelo de análisis se aplica a la salud, explicitando ciertas circunstancias y peculiaridades específicas, siempre dentro del proceso y contextos globales.

O Diagnóstico participativo possibilitou o aparecimento de conflitos, que discutidos e socializados no grupo comunitário, possibilitou o aparecimento de “alternativas de solución” para o enfrentamento e superação dos problemas levantados. Segundo as autoras esse processo “resultó uma experiência de amplia participación” (HAUSBERGER, WACSMAN, 2000, p. 128).

Também, no trabalho de Assis, Kantorski, Tavares sob o título “Participação Social: Um espaço em construção para a conquista da cidadania”, as autoras fazem uma reflexão sobre a “participação social enquanto espaço de cidadania”, e entendem “a sociedade como construção histórica e campo de conflitos, que incorpora novos significados, como a própria idéia de democracia enquanto produto da expressão do sentido das ações sociais na esfera pública” (ASSIS, KANTORSKI, TAVARES, 1995, p. 334).

Para as mesmas autoras é importante que, os “sujeitos sociais” estejam

inseridos em organizações, na própria comunidade, como é o caso de associações de moradores, clube de mães etc., para articularem-se na busca da atenção às suas necessidades.

Hausberger, Wacsman (2000, p. 128) relataram que não existe integração entre os objetivos da população e os representantes governamentais, mas que a população se organizou, dirigindo-se ao “Intendente Municipal y la asesora de la Dirección de Acción Social de la Municipalidad” e reivindicou “queremos ser escuchadas [...] y que aqui y ante todos nos den su palabra de cumplir con lo que prometen”. Neste trabalho dá para identificar o exercício do controle social através da participação da comunidade, reivindicando seu espaço e seus direitos, que devem ser conquistados e que, isso não interessa aos governantes não comprometidos com o controle social. Com a fala relatada neste trabalho fica claro que a população muitas vezes se sente assustada com a possibilidade de participação e decisão.

Quando sentimos que tenemos que participar, nos asustamos [...], tendremos que hablar em grupo [...], podremos asumir los compromisos? [...], valdrá la pena el esfuerzo? [...], sin embargo, al participar podremos expresar nuestras ideas, experiencias, conocimientos [...]. Es una forma de hacer valer nuestros derechos y los de nuestra comunidad (HAUSBERGER, WACSMAN, 2000, p. 128).

Assis, Pereira, Mishima (1997, p. 55), ao falarem sobre as conquistas legislativas destacam que este avanço tem “permitido a abertura de espaços políticos, de confrontos de interesses, de diagnóstico de necessidades e de construção de alternativas”. Apontam, também, que um dos motivos para a não participação da população em uma localidade por eles estudada foi a necessidade que a comunidade tem de ver resolvidos seus problemas de forma imediata, ou seja, “as articulações tem se dado em função de uma ‘necessidade’ imediata, o que tem dificultado um caminhar na perspectiva de transformações sociais” (ASSIS, PEREIRA, MISHIMA 1997, p. 58).

Essas autoras descrevem uma estratégia para enfrentar este problema,

[...] dada a veemência das reivindicações e na tentativa de reduzir a intensidade da pressão social, elegemos algumas prioridades em função das necessidades imediatas e que muitas vezes interviam no nível de participação da comunidade, pois exigiam ações pontuais para responder a um problema específico, e ainda minimizar as expectativas dos participantes frente ao montante das questões levantadas (ASSIS, PEREIRA, MISHIMA, 1997, p. 58).

Para as mesmas autoras, a participação social deve ser entendida como “estratégia, que possibilite colocar na ‘ordem do dia’ a repolitização da saúde”. Saúde como resultante das condições de vida, entendida no contexto das determinações sociais do processo saúde/doença e da forma de organização dos serviços de saúde. As autoras comungam com idéias formuladas por outros autores como Campos e Castoriades, defendendo que a participação deve ser de todos, tanto para o conjunto dos trabalhadores de saúde, como também para toda a sociedade.

Morita, Figueiredo, Silva (1995, p. 34), estudando a experiência de participação popular em Botucatu – SP, dizem que:

[...] conselho de cidadãos é um fator de democratização quando bem constituído, e composto de pessoas ativas e participantes capazes de sugerir coisas. E é através dos erros e acertos que a experiência da participação popular em Botucatu vai se consolidando.

Para que as comunidades tenham uma maior autonomia Cordón (1995, p. 46) propõe, em seu estudo, a organização de uma estrutura capaz de dar **autonomia semiplena** aos serviços de saúde prestados nas localidades. Esta estrutura funcionaria com “uma autoridade de saúde no local com uma relação ‘hierárquica’, no sistema de saúde, entretanto, com certa e relativa autonomia, capaz de estabelecer relações entre os sujeitos ‘atores’ envolvidos no processo de saúde do Distrito”.

Também deveria haver nestas localidades “organizações comunitárias” com

representatividade junto aos órgãos governamentais. Porém os representantes governamentais não devem interferir no processo de escolha dos membros. Esta escolha deve se dar na própria comunidade, evitando, desta forma, que tenha dentro destas “organizações”, pessoas com interesses que não sejam os da comunidade. Na estrutura organizacional destes que poderiam ser chamados de “Grupos de Trabalho”, “Conselhos ou Núcleos de Saúde Locais” comporiam o “primeiro escalão” que segundo Cordón (1995, p. 47) teria a função de:

[...] participar na identificação dos problemas de saúde, sugerir alternativas de intervenção na solução e trabalhar em conjunto com o quadro institucional de saúde no planejamento de estratégias de abordagem dos problemas e no acompanhamento da execução, participando ainda dinamicamente, na avaliação dos resultados alcançados.

Este sistema chamado pelo autor de a “porta de entrada à democratização dos serviços”, também visa dar conta de outra questão que é um limite para o exercício do Controle Social, a saber o monopólio pelos profissionais de saúde do saber hegemônico em saúde. O autor esclarece que esta postura é comum nos médicos, mas também evidencia-se em outras categorias profissionais.

Segundo Cordón (1995, p. 47) para que uma efetiva participação social em saúde ocorra é necessário

[...] flexibilidade da norma institucional, vontade política de entender o processo participativo e de diálogo e negociação como a única oportunidade de superar o paradigma assistencialista atual. Necessita do conhecimento da cultura da sociedade e suas próprias contradições, além de requerer um método adequado de intervenção social, sem o que, qualquer tentativa terá sérias dificuldades em se realizar.

Fracolli, Silva (1995, p. 79) descrevem uma experiência realizada em Marília – SP de criação de “modelos de participação popular” nos serviços de saúde, formando os Conselhos Locais de Saúde. Esta experiência contou com três etapas

que foram: “Preparação, Constituição e Capacitação” das pessoas que comporiam os Conselhos Locais de Saúde. Na etapa de preparação os profissionais de saúde das sete unidades Básicas de Saúde do município, juntamente com a faculdade de Medicina de Marília e lideranças comunitárias das regiões do município, identificaram as “lideranças formais e informais” da comunidade e dos profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde. Após, estes foram convidados para uma reunião onde foi exposta a proposta de formação do Conselho Local de Saúde. Depois desta reunião foram realizadas mais cinco e, ao término do processo, foram eleitos os representantes titulares e suplentes para composição do Conselho. Depois de constituído o Conselho Local de Saúde foi realizado um curso de capacitação de 15 horas para os conselheiros. Segundo as autoras o Conselho Local de Saúde, paritário,

[...] é uma possibilidade real de controle social sobre as ações da administração [...] e contribuem em parte para a superação de um dos principais problemas da sociedade moderna: a prevalência de interesses corporativos sobre os interesses mais gerais da comunidade (FRACOLLI, SILVA, 1995, p. 81).

Silva, Egydio, Souza (1999, p. 42) citam Campos para mostrar que o sucesso da reforma Sanitária depende de decisão política.

Não há como fugir ao fato de que o fator determinante para o sucesso da Reforma Sanitária Brasileira é de natureza política. O elemento decisivo para esta vitória é a consolidação de um bloco de forças sociais, capaz de construir uma nova proposta de ordenação dos modos de vida e de atenção à saúde e de, ao mesmo tempo, difundi-la, transformando-a em senso comum, até o ponto em que venha a substituir o antigo modo de prestação de serviços de saúde e a consciência sanitária dos brasileiros.

Como possibilidades de melhorar o Controle Social, Cecílio (1999, p.33), destaca a necessidade de mudar a estrutura das organizações, ou seja, o modelo de gestão das organizações. Diz que é preciso investir em uma lógica de equipes, voltadas para o atendimento aos clientes; os objetivos e as metas da organização

precisam estar bem definidos; considerar a satisfação da população, realizando pesquisas que levem em conta a opinião dos usuários que a direção das unidades seja organizada de forma colegiada, horizontalizando a relação com a equipe; sejam criados espaços de controle social, como conselhos gestores, com atribuições bem definidas.

Esse novo sistema de gestão é de “alta responsabilidade onde ocorre a prestação de contas por parte de todos” (CECÍLIO, 1999, p. 35). Para este autor é necessário recolocar o médico como integrante de uma equipe de saúde, mesmo respeitando a autonomia que lhe é conferida. Diz que o Controle Social deve dizer respeito também às ações dos médicos, e isso pode ser feito de duas formas: a primeira é através da normalização das práticas destes profissionais, por exemplo, através dos protocolos de assistência. Estes protocolos “não são mais matérias exclusivas dos médicos, mas da equipe como um todo” (CECÍLIO, 1999, p. 35). “As caixas-pretas, que são os serviços de saúde, precisam ser, de alguma maneira, abertas para o controle da sociedade” (CECÍLIO, 1999, p. 36). E a segunda, “seria o compromisso do profissional médico com o processo gerencial e com o trabalho da equipe”. Desde o preenchimento de impressos e prontuários, ou seja, cumprindo com todas as “normas e rotinas” que são de responsabilidade da equipe (CECÍLIO, 1999, p. 35).

Oliveira (1996, p. 71) traz para a discussão as questões que envolvem a definição e conceituação de comunidade, e diz que a participação da população deve ir muito mais adiante do que só o “planejamento, execução e avaliação”, pois quando se fala em comunidade, fala-se de histórias diferentes, culturas diferentes, interesses e conflitos diferentes, tanto internamente quanto de uma para outra comunidade. Cada “comunidade” tem sua identidade própria e se restringirmos a participação popular apenas às instâncias formais de participação, se perdem as subjetividades, a “riqueza e a vitalidade”. Na comunidade existe um “imenso fluxo social, vivo e dinâmico, um sistema de pensamento diferente” do aprendido na academia. “É preciso fugir do nosso excessivo racionalismo e apego ao formal para

perceber outras formas de participação social” (OLIVEIRA, 1996, p. 72).

Oliveira (1996, p. 73), citando Bordenave, escreve que a comunicação deve ter mão dupla para se efetivar, do contrário não acontece. Como componente principal da participação existe a comunicação e as duas estão relacionadas com a leitura que fazemos da realidade e do contexto social. “Não há como existir participação sem uma efetiva comunicação entre as partes envolvidas”. O autor acrescenta que a participação não deve se limitar aos canais formais e institucionais.

Para o autor devemos buscar estruturas de participação que superem a formalização dos Conselhos e das Conferências de Saúde, não que eles não sejam importantes e fundamentais, sem dúvida os são, mas devemos superá-los.

Lima (1997, p. 01) traz a experiência de um “Comitê Comunitário” formado por enfermeiras e integrantes da comunidade de Nossa Senhora Aparecida, localizada em João Pessoa, na Paraíba. A autora residia nesta localidade e se inseriu, como voluntária, neste comitê. Esta forma de organização, segundo Lima (1997, p. 07) é um espaço para discussão sobre as necessidades da comunidade, as pessoas “emitem opiniões e apresentam sugestões para a solução dos problemas” e acrescenta “esta é uma forma de resistência que as pessoas encontram para, em grupos, sob uma determinada lógica, transformarem suas insatisfações e desejos em atos concretos de resistência”.

Dornelles (2001) analisa uma tecnologia de participação popular em saúde (TPPS), desenvolvida em uma Região do Planalto Serrano de Santa Catarina, envolvendo 17 municípios e um contingente populacional de 265.000 habitantes. Essa experiência de participação popular envolveu entidades governamentais e não governamentais, bem como técnicos de instituições públicas. A autora relata que a dinâmica desenvolvida respeitou a forma de organização das comunidades.

Cada município obedeceu ritmo próprio de trabalho, sendo a ação de cada monitor diferenciada daquela de outro monitor, pelo modo de andar a vida local. Em comum, tiveram o respeito ao ritmo local de detecção, priorização e resolução dos problemas. A mesma autora acrescenta que a

avaliação, por parte dos monitores, do processo de construção da TPPS e de suas possibilidades enquanto tecnologia capaz de possibilitar participação popular em saúde e o planejamento de políticas públicas locais (DORNELLES, 2001, p. 206).

Também salienta a participação dos indivíduos e coletividade como sujeitos no processo de transformação das suas realidades (DORNELLES, 2001, p. 05)

[...] as transformações [...] resultaram, também, em mudanças – ainda que frágeis e tênues - nas condições gerais de vida das pessoas da região (na medida em que alguns problemas determinantes do processo saúde-doença foram enfrentados) e em alguns indicadores de saúde. Mas, com certeza, o grande salto foi a transformação das relações, não somente entre os técnicos participantes, como também na forma de avaliar e planejar as ações locais de saúde.

3.2 Limites para o exercício do Controle Social

Com base nos autores estudados, destacam-se os seguintes fatores como dificultadores do exercício do Controle Social:

- a disputa entre diferentes projetos de saúde;
- a pouca clareza do conceito de qualidade em saúde;
- modelo de gestão verticalizada e pouco transparente;
- a hegemonia médica na saúde;
- a desinformação sobre as funções e competências e objetivos dos Conselhos de Saúde.

Segundo Rodrigues *et al.* (2000, p. 78), sem a clareza do significado do objetivo do Controle Social os Conselhos de Saúde ficam expostos a “pressões estreitas de tendências e grupos da sociedade e do Governo, desviando-se da totalidade da sociedade e da cidadania”. Portanto, é importante que os membros dos Conselhos sejam conscientes de seu papel e que acima de tudo, estejam instrumentalizados sobre seu papel na construção do SUS. A não instrumentalização

dos conselheiros, que não sabem a sua função, e não estejam imbuídos da luta pela efetivação do SUS, constitui-se em uma dificuldade para a real implementação do Sistema de Saúde.

Mocinho (2000, p. 72-73), escreveu sobre o despreparo de usuários participantes do Conselho Municipal em Passo Fundo - RS,

[...] a população mais desinformada (a grande maioria), ainda hoje, desconhece a Legislação e, conseqüentemente, seus direitos pelo fato de não haver um interesse na divulgação dos mesmos. Esse, sem dúvida, está sendo um dos entraves para a consolidação da participação social e para a implementação do SUS, pois, na medida em que o usuário dos serviços de saúde desconhece seus direitos, desconhece também a forma de exigí-los.

Para Rodrigues *et al.* (2000, p. 84) “o único limite do controle social através dos Conselhos de Saúde, será o grau de organização e mobilização de toda a sociedade na construção do estado democrático”. Desta forma Rodrigues traz algumas considerações a respeito da prática dos Conselhos de Saúde e deixa claro o quanto se amadureceu, em termos do controle social no país, nestes 9 anos de implementação dos mesmos.

Perna (2000, p. 99) ao estudar a localidade de Pontal do Paraná – PR, concluiu que há desconhecimento por parte de lideranças comunitárias da existência e da importância dos Conselhos de Saúde. Diz que, em seu estudo identificou um desconhecimento generalizado da existência do Conselho Municipal de Saúde no município. Por outro lado, identificou manifestações de que gostariam de participar das discussões sobre saúde e trabalho comunitário voluntário em saúde.

Identificou que um fator que inibe a participação mais efetiva da população é o fato de que não existe uma difusão de informações a respeito de saúde, e segundo o autor este é um “ponto de estrangulamento fator desmobilizador no processo de construção do controle pelos usuários” (PERNA, 2000, p. 106).

A falta de conhecimento por parte da população, sobre a saúde faz com que

fique comprometida a atuação dos Conselhos de Saúde (PERNA, 2000, p. 106). Existem, também, “obstáculos colocados pela qualidade das relações humanas”, que fazem com que a população se distancie ainda mais dos serviços de saúde. Tentando solucionar ou minimizar o distanciamento da população dos serviços de saúde, são “pensadas as funções dos ouvidores ou ombudsman e também as comissões de ética”. O Ministério Público é outro dispositivo que os Conselheiros e a população em geral devem utilizar-se, sempre que seus direitos não forem garantidos.

Mocinho, ao estudar o Conselho de saúde de Passo Fundo - RS afirma que, nesta localidade, existe um descumprimento das deliberações do Conselho, impossibilitando desta forma o exercício do controle social, e acrescenta dizendo que os conselheiros, devido a falta de informações, não estão preparados para o pleno exercício do Controle Social. Mocinho (2000, p. 92) diz que o fato do gestor não acatar as deliberações do Conselho resulta em “descrença da população”. A mesma autora (MOCINHO, 2000, p. 92) cita Carvalho que ao estudar os conselhos nas esferas municipal, estadual e nacional afirma que os conselhos de saúde,

[...] colidem com a cultura institucional tradicional, particularmente sendo avessas às formas privativas de acesso ao poder características dos grupos dominantes. Os conselhos são, por isso, tendencialmente desprestigiados e, como se viu, privados do exercício pleno de seus poderes legais.

Existem dificuldades na circulação de informações sobre a saúde do município, isto se deve pela constatação de que “saber gera poder” e talvez seja este o motivo das dificuldades com relação à informação. Outra questão importante é com relação ao financiamento do setor saúde, os conselheiros apontam “muitas dúvidas” sobre este assunto, impedindo, desta forma, que os conselheiros possam fazer a ação de fiscalização. As dúvidas, muitas vezes, acontecem pela forma como é apresentada a prestação de contas e a contabilidade da saúde. Nestes momentos, geralmente é usada uma linguagem muito técnica, dificultando o entendimento da maioria dos conselheiros sobre o tema.

Wendhausen (1999, p. 147) ao estudar o Conselho Municipal de Saúde de Itajaí – SC diz que

[...] a participação efetiva de todos os setores sociais no controle e avaliação das políticas de saúde, fica difícil de pensar que isto possa ocorrer, com facilidade, diante da diferença de preparo entre o segmento dos usuários e os demais segmentos.

Pois o saber técnico sobrepõe-se ao popular, e dificilmente uma pessoa comum se sente a vontade para discordar. A autora continua dizendo que a estrutura formal, ou seja, a formalidade das reuniões do Conselho como sendo espaços onde o silêncio acaba sendo a contraposição ao “discurso competente”, ditos pelos profissionais com saber instituído, e pelos demais atores governamentais. Assim, num espaço que deveria ser de troca de saberes e de socialização de informações, funciona como um espaço onde se “reforçam as diferenças” (WENDHAUSEN, 1999, p. 149).

A publicação de Morita, Figueiredo, Silva (1995, p. 33), escrevendo sobre uma experiência em Botucatu – SP, enfatiza que a saúde deve ser entendida como direito de cidadania e, que saúde está relacionada ao direito à vida e essa tarefa é do governo e de toda a sociedade. Sobre a experiência de Botucatu as autoras dizem que uma das maiores dificuldades enfrentadas foi a da representatividade dos participantes do Conselho, pois lá não existia organização forte na saúde e também não havia tradição de movimentos populares. Existe Associações de Moradores, mas as “lideranças” despreparadas, trabalham a pouco tempo com a comunidade e ainda tentam “resolver as dificuldades sem discussão e sem participação”.

Para Morita, Figueiredo, Silva (1995, p. 33), “em nenhuma sociedade se consegue uma organização em quatro anos, nem formando conselhos por lei é que a população vai se auto-organizar. É necessário um acúmulo de informações, de experiências, formação e, sobretudo de tempo”.

Cordón (1995, p. 45) escreve que a participação da população nas ações de

saúde muitas vezes é confundida com uma espécie de “aliciamento de mão-de-obra barata e exploração da ingenuidade popular”, especialmente quando se refere a trabalho voluntário. A “estruturação dos Conselhos de Saúde e a pseudoparticipação (por indicação) na construção do Distrito Sanitário e dos Conselhos Locais de Saúde”. Para o autor, para que se consiga a melhoria das condições de vida e saúde da população é necessário que se estabeleça um “diálogo criativo” entre população e profissionais de saúde, porém isto não acontece devido a baixa resolutividade que têm as unidades de saúde, pois estes Centros de Saúde “não dispõe de logística própria, meios, independência, tecnologia ou liberdade de decisão”. Além disso, para o autor, os Centros de Saúde são:

[...] um compartimento positivista de múltiplas práticas desintegradas e onipotentes na definição de sua forma organizativa, constitui uma parcialidade de uma organização mais geral, não dispendo das possibilidades de informação, planejamento e comando, em condições de atuar com o grau de **autonomia** necessários a dar respostas adequadas aos requerimentos da sociedade (CORDÓN, 1995, p. 46).

Esta característica dos Centros de Saúde, para o autor, tem levado, muitas vezes, ao fracasso da participação comunitária em ações envolvendo a saúde.

Por outro lado, os profissionais de saúde resistem ao processo de participação e acabam por se esconder atrás de técnicas específicas tornando mais difícil o acesso à participação da população. O espaço do Centro de Saúde ou da região acaba por se tornar um espaço de dominantes e dominados, ou seja, o Centro de Saúde acaba reproduzindo a visão de dominação que existe na sociedade capitalista. Segundo Cordón (1995, p. 46) o Centro de Saúde

[...] torna-se um espaço de luta entre a visão dominante da doença e a visão da saúde, entre a vigilância à doença e vigilância à saúde, entre a prática individualista e o trabalho em equipe, entre as ações individuais ou advindas de pacotes/programa impostos verticalmente e a incorporação da solução integrada e integral de problemas de saúde da comunidade, entre outros.

O autor escreve que os serviços de saúde são vistos como “caixas-pretas”, pois a população não consegue entender o seu funcionamento. Segundo o autor, os mecanismos de controle formal da população sobre os serviços de saúde, “apesar de insuficientes” estão previstos em lei.

De um lado a opinião da população a respeito do que ela é e sente, de outro o saber intelectual dos profissionais de saúde que entendem a qualidade vista pela ciência. Para Cecílio (1999, p. 32) nenhuma opinião deve sobrepujar a outra, mas defende que a população deve ser instrumentalizada.

Segundo Cecílio (1999, p. 33)

[...] para que haja uma aproximação entre o sentido/experimentado (traduzido em uma opinião) e a consciência do que foi ou deveria ter sido feito (dentro do que estabelece a Ciência), embora, valha a pena ressaltar, alguma diferença entre as duas categorias sempre existirá, por suas próprias naturezas.

Outro aspecto trazido por Cecílio (1999, p. 34) é o de que a lógica do mercado sempre é o de quem oferece melhores serviços ao cliente, e nesse caso, quando se trata de um serviço público, geralmente a clientela não tem outra opção e por isso muitas melhorias ou ações que poderiam ser propostas pela população não são feitas, quando feitas, não são acatadas.

Segundo Silva, Egydio, Souza (1999, p. 40), participação é

[...] a possibilidade de se estabelecer democraticamente as regras, as normas, os modos de viver; é a produção das “necessidades” da vida por seus próprios protagonistas. É, acima de tudo, partilhar poder. É a construção de um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e de fortalecimento da sociedade civil.

Outro fator dificultador do controle social é o fato de que as organizações não são explícitas ou claras o suficiente, a ponto que a população possa saber de seu funcionamento e também não existem mecanismos de avaliação dos serviços

prestados. Com o relatório Flexner, legitima-se o poder de cura conferido ao médico, bem como o monopólio do saber, e isto trouxe para dentro da categoria o papel do “controle final da qualidade dessas práticas” (CECÍLIO, 1999, p. 34). Para o autor este é um dos mais importantes “dificultadores (senão impedidores) de qualquer possibilidade de controle social”, ou seja, a autonomia e o segredo médico são dificultadores do acesso às informações, em saúde por parte da população.

Para Oliveira (1996, p. 70), “ainda hoje é possível identificar situações em que se forcem maneiras institucionalizadas de participação, muitas vezes estranhas às culturas desses grupos: comissões, conselhos, colegiados, etc”. Outro fator apontado como dificultador de uma participação mais espontânea e efetiva da população nos Conselhos Locais de Saúde e até mesmo em reuniões de bairros é a forma como estas reuniões são organizadas, especialmente pelas formalidades envolvidas como: “pontos de pauta” previamente definidos “ordens do dia” rígidas e decisões apresentadas em atas.

O autor, ainda acrescenta, uma crítica mais contundente, a algumas experiências de participação “experiência anedótica de participação comunitária, quando na verdade, ocorre a simples cooptação de algumas lideranças locais, manipuladas para servirem como massa de manobra para barganhas eleitorais” (1996, p. 70). Temos, portanto, população e serviços de saúde se conflitando, pois têm visões e idéias de participação diferentes. De um lado a “corporação médica e empresarial e de outro os movimentos populares buscando influenciar os destinos da saúde” (OLIVEIRA, 1996, p. 72).

Outra limitação ao Controle Social é o que foi apontado por Hausberger, Wacsman (2000, p. 130), são poucas as pessoas nas comunidades que lutam pela melhoria das condições de vida da comunidade, ou seja, em sentido coletivo, se reduzem, muitas vezes, a participar de algumas atividades e não de intervenção na direção e avaliação de projetos. Outros líderes sobrepõe seus interesses pessoais acima dos coletivos, como fica demonstrado nas conclusões das autoras

[...] los grupos actúan em representación de sus intereses com el propósito de concretizarlos y para ello, em muchos casos, los actores sociales adolecen de ciertos recursos de poder, que definen em gran medida, su capacidad y oportunidad para realizarlos.

Dornelles (2001, p. 183) ao construir e analisar a contribuição da tecnologia de participação popular em saúde (TPPS), desenvolvida nos municípios da Região do Planalto Serrano, no estado de Santa Catarina, analisou os problemas relacionados à organização popular. Destacou, considerando as informações dos participantes, que além da “falta de organização, foi mencionada a falta de coesão e o desinteresse em participação de eventos de interesse coletivo”. Porém, a autora acrescenta “o mais interessante ainda é que os municípios que citaram a falta de interesse das pessoas contaram, no Primeiro Seminário, com um número significativo de participantes”. Em “Celso Ramos” se destaca como “um grave problema local a divisão política dos moradores fora do período eleitoral” e explica que durante o período eleitoral é “salutar” a disputa, porém após, os que “perderam devem auxiliar aqueles que ganharam, e todos devem somar esforços” (DORNELLES, 2001, p. 183). Uma questão trazida por representantes da Prefeitura do município de Campo Belo do Sul é de que a “população não se integrava aos trabalhos desenvolvidos pelo governo municipal”. E conforme a autora (2001, p.184), “muitos problemas locais só serão resolvidos com a interferência direta dos munícipes”, levando a autora a

[...] pensar que a criação dos Conselhos (dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Saúde, da Educação, Tutelar), mesmo que tendo um caráter institucional limitado, contribuiu para o incremento da participação popular e do controle social nos municípios pesquisados (DORNELLES, 2001, p. 185).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Algumas idéias sobre saúde

Trato do conceito de saúde, explicitando qual estou optando para orientar este trabalho. Abordo o papel dos indivíduos no processo saúde-doença, seus direitos de cidadania e os papéis que desempenham em uma sociedade complexa como a sociedade brasileira atual.

Bub (2001, p. 18) traz o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 de que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças”. A mesma autora defende este conceito, pois segundo ela neste conceito a saúde deixa de ser vista como “fenômeno meramente biológico”, passando a ser considerada “não mais como a mera ausência de doença ou enfermidade”. Outro aspecto por ela ressaltado é que este conceito “pode ser útil se usado com um propósito simbólico ou motivacional” além de ser importante “pelo seu valor ético e político” (BUB, 2001, p. 18).

Muito ainda se discute a respeito do conceito de saúde, adotado pela OMS. Alguns autores o refutam pela sua generalidade e quase idealização e, outros o defendem simplesmente pela autoridade formuladora que é a OMS ou por aspectos significativos como os apontados por Bub (2001).

Para Helman (1994, p. 105) “em grande parte das sociedades não-industrializadas, a saúde é conceituada como o equilíbrio no relacionamento do

homem com o homem, com a natureza e com o mundo sobrenatural”. Qualquer sinal de rompimento dessas relações desencadeiam sinais e sintomas que podem ser físicos ou psicológicos. Para Helman (1994, p. 105) existem variações culturais no entendimento de saúde, como exemplifica o autor. “As mães da classe operária não consideravam seus filhos doentes, nem mesmo se eles apresentassem sintomas anormais, conquanto continuassem caminhando e brincando normalmente”. O autor, aponta que nas populações mais pobres este comportamento da mãe se dá pela “necessidade (econômica) de continuar trabalhando, sejam quais forem seus sentimentos, e nas poucas expectativas com relação à assistência à saúde”. Desta forma podemos destacar que a conceituação de “estar doente” e “ter saúde”, depende das percepções de cada um, de um grupo, ou até mesmo da sociedade (HELMAN, 1994, p. 106). Segundo esse autor, para alguns grupos, o considerar-se doente envolve uma avaliação sobre a possibilidade de faltar ao trabalho, “suas condições para arcar com o seguro de saúde particular, e se o governo lhe proporcionará tratamento médico gratuito e pagamento por incapacidade enquanto ele estiver impossibilitado de trabalhar” (HELMAN 1994, p. 108). O meio em que está inserida determinada população influi no processo de adoecer e também no significado do adoecer para este grupo.

Sobre a determinação do processo de “adoecer”, bem como os sintomas considerados “anormais” pelos indivíduos e familiares, Zola citado por Helman (1994, p. 125) ressalta que a “definição depende se um sintoma determinado é comum ou não na sociedade em questão, e se o mesmo se adapta aos valores maiores daquela sociedade ou grupo”.

No que diz respeito à qualidade dos serviços é preciso considerar que na avaliação dos mesmos interferem valores subjetivos e individuais, dependendo de cada experiência de vida, religião e ideologia. Por outro lado, os profissionais de saúde avaliam com base em critérios balizados pela ciência. Segundo Cecílio (1999, p. 33) na avaliação dos serviços de saúde é preciso considerar as percepções dos usuários e dos profissionais utilizando mecanismos que possibilitem a expressão

dessas duas visões, não no sentido de se oporem, mas sim de serem somadas. Existe na realidade, uma valoração do saber científico, como sendo este o que tem mais valor, mas para Gramsci (1978, p. 138),

[...] o elemento popular “sente”, mas nem sempre compreende ou sabe; o elemento intelectual “sabe”, mas nem sempre compreende e muito menos “sente” [...]. O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa “saber” sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado.

Podemos considerar que uma das grandes conquistas do povo brasileiro foi a aprovação de uma visão mais ampla de saúde, conforme consta no Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília – DF. Segundo esta visão “em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (MINAYO, 1987, p. 118). Este conceito tem sido considerado um avanço para o setor, na medida em que leva em conta não só as causas biológicas do processo saúde/doença, mas também os determinantes sociais e a forma como os indivíduos estão inseridos dentro dos grupos sociais, em cada momento histórico.

4.2 Controle Social como instrumento para conquista do direito à saúde

4.2.1 Teorizando sobre o Controle Social

O debate sobre o “Controle Social” tem duas vertentes. Uma delas resgata as críticas à visão de Controle Social como uma forma de controle das estruturas de poder legal e institucional sobre os indivíduos e grupos sociais. Este tipo de controle pretende a manutenção do “status quo”, da desigualdade vigente na sociedade e pretende a acomodação dos indivíduos à estrutura político-legal de poder.

A outra vertente, a qual identificaram-se os participantes do chamado movimento pela Reforma Sanitária, que lutavam pelo direito universal à saúde expressaram-se na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Constituição de 1988, formulando uma idéia de Controle Social em sentido diametralmente oposto. Ou seja, a defesa da idéia de democratização da sociedade e das instâncias de decisão técnica e política, em especial na saúde. Nesta visão “participação” implica em defesa dos direitos das grandes maiorias excluídas; implica na defesa da participação como resultado e parte do processo de conscientização das pessoas sobre seus direitos de cidadania e dentre eles o direito à saúde.

Para Carvalho (1998, p. 01)

A “oferta” de participação social por parte do Estado brasileiro, é, no entanto, historicamente, muito restrita, geralmente vinculada a grupos privilegiados. No Brasil, a democracia parlamentar nunca conseguiu fazer da política uma coisa pública. O autoritarismo hierárquico e vertical, as relações de compadrio e tutela, o populismo, o clientelismo, as relações fisiológicas entre o público e o privado, marcaram nossa história colonial, escravocrata, imperial e “republicana” - República que, a rigor, nunca se constituiu plenamente, visto que o Estado nunca foi efetivamente uma “coisa pública”.

Perna (2000, p. 39) organiza as idéias que perpassam os conceitos de “participação comunitária”, “participação popular” e “participação social”, segundo autores por ele estudados e constrói um quadro comparativo o qual é destacado a seguir.

QUADRO 1 - Caracterização de diferentes tipos de PARTICIPAÇÃO

ELEMENTOS	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	PARTICIPAÇÃO POPULAR	PARTICIPAÇÃO SOCIAL
Relação com o Estado	Complementar	Combater/Contrapor	Controlar
Atores sociais	Pobres	Setores excluídos	Todos os segmentos sociais
Elemento social em questão	Comunidade	Povo	Sociedade
Caráter da participação	Demagógico	Pedagógico	Cidadania
Como é visto o Estado	Paternalista	Articulador dos interesses das elites	Arena para embate de conflitos contraditórios
Lideranças	Técnicos da saúde	Líderes populares	Técnicos da saúde e líderes populares
“Lócus” de articulação	Serviços de saúde	Conjunto da sociedade	Serviços de saúde
Objetivos	Técnico-sanitários	Políticos	Políticos
Tempo histórico	Final dos anos 60 e início dos anos 70	Final dos anos 70 e início dos anos 80	Final dos anos 80 e década de 90

Fonte: Dissertação de Mestrado Perna (2000, p. 39).

Esse quadro, elaborado pelo autor, resgata como esses termos foram utilizados em diferentes períodos históricos, caracterizando o significado dos elementos envolvidos nas diversas visões sobre a participação.

As idéias articuladas, no que o autor chamou de “participação social”, são contemporâneas do processo constituinte e correspondem à visão de conquista do direito à saúde como parte dos direitos de cidadania.

Para Carvalho (1998, p. 03),

O processo constituinte, o amplo movimento de “Participação Popular na Constituinte”, que elaborou emendas populares à Constituição e coletou subscrições em todo o país, marca este momento de inflexão e uma nova fase dos movimentos sociais. Momento em que as experiências da “fase” anterior, predominantemente reivindicativa, de ação direta ou “de rua”, são sistematizadas e traduzidas em propostas políticas mais elaboradas e levadas aos canais institucionais conquistados, como a própria iniciativa popular de lei que permitiu as emendas constituintes. “Na luta fazemos a lei” era o slogan de muitos candidatos do campo democrático-popular ao Congresso constituinte, revelando seu caráter de espaço de afirmação das mobilizações sociais no plano dos direitos instituídos.

Participação social significa: participar da construção e gestão coletiva de políticas públicas; realizar uma interface entre Estado e sociedade; participar do governo e exercer o controle social, implicando em disputar espaços, onde se faz necessário e dispor de capacidade técnica e política para propor, negociar e defender políticas públicas nos espaços participativos conquistados. Para Carvalho (1998, p. 12), este é o significado de participação social consolidada nos anos 90.

O alargamento da cidadania para além do exercício dos direitos instituídos, o exercício da cidadania ativa, para além do exercício do voto e da delegação de poder que ele significa, a radicalização da democracia, abrindo a possibilidade de participação à toda a sociedade, através de novos canais institucionais de participação, são significados colocados pela vigorosa experiência dos movimentos sociais.

Existe também a participação que não é a institucionalizada, não se volta para a co-gestão, mas incide sobre as políticas públicas, como por exemplo a Pastoral da criança, fóruns de iniciativa civil, movimentos feministas, negros, gays, portadores de deficiência e outras. Estes grupos que tem por objeto tratar de um grupo ou coletivo específico, geram ações e influenciam a opinião pública pois tratam de questões de apelo na sociedade, como a mortalidade infantil, segurança pública, segurança alimentar, dentre outras. Portanto estes coletivos exprimem novas formas de participação social e trazem à discussão da sociedade novos critérios de respeito e justiça provocando, inclusive mudanças na agenda pública.

Para Carvalho (1998, p. 25-26), devemos

potencializar as ações instituintes da sociedade, suas práticas democráticas e ampliadoras da cidadania. Estas são as apostas que se pode fazer, esperando com elas fortalecer e ampliar as possibilidades da participação social.

4.2.2 Organização da sociedade civil e participação

Para Demo (1999, p. 27), a organização da sociedade civil diz respeito à capacidade histórica da sociedade assumir formas “conscientes e políticas” de organização. O autor refere-se às formas de organização da população para garantir as “suas necessidades”, que tomo a liberdade de traduzir para direitos. Isto porque, muitas das necessidades, inclusive de sobrevivência, já estão asseguradas em lei, mas muito pouco atendidas na vida cotidiana de grande parte da população brasileira. A sociedade civil referida pelo autor é empregada no sentido de contraposição à organização do Estado.

A organização da sociedade civil é um dos pilares de uma sociedade democrática, e sobre Democracia, Campos (2000, p. 41) diz que é “a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é [...] uma construção e uma instituição”. Portanto, para garantir a democracia é necessário que os cidadãos participem da vida política influenciando a direcionalidade da sociedade.

Campos (2000, p. 31) diz que “Marx imaginou que os trabalhadores superariam a exploração e a alienação, inventando um mundo solidário em que haveria lugar para toda a humanidade”. Mesmo com todos os questionamentos que tem sido feitos sobre a viabilidade desta idéia, é preciso considerar que para Marx, a sociedade é uma construção humana e histórica, portanto passível de ser transformada.

Freire (1979, p. 48) também compartilha desta visão de Marx e diz que:

[...] a estrutura social é obra dos homens e que, se assim for a sua transformação será também obra dos homens. Isto significa que a sua tarefa fundamental é a de serem sujeitos e não objetos da transformação. Tarefa que lhes exige, durante sua ação sobre a realidade, um aprofundamento da sua tomada de consciência da realidade, objeto de atos contraditórios daqueles que pretendem mantê-la como está e dos que pretendem transformá-la homens com quem trabalha – jamais sobre quem ou contra quem – pessoas e não “coisas”, sujeitos e não objetos. E se na estrutura social concreta, objetiva, os homens são considerados simples

objetos, sua opção inicial o impele para a tentativa de superação da estrutura, para que possa também operar-se a superação do estado de objeto em que estão, para se tornarem sujeitos.

Para Gadotti, com base em Freire (1991, p. 40), “hominização é a etapa de evolução do mundo em que surgem o homem e a mulher, ou seja, em que surge a capacidade de refletir e de atuar sobre a realidade para transformá-la”.

Para Freire (1980, p. 40),

[...] o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la. Ninguém luta contra as forças que não compreende, cuja importância não mede, cujas formas e contornos não discerne; mas, neste caso, se as suporta com resignação, se busca conciliá-las mais com práticas de submissão que de luta. Isto é verdade se refere às forças da natureza: seca, inundação, doenças das plantas e dos animais, curso das estações. Isto não é menos verdadeiro dito das forças sociais: “o latifundiário”, “os trustes”, “os técnicos”, “o Estado”, “o fisco”, etc. Todos os “eles” de que nós não temos senão uma vaga idéia; sobretudo, a idéia de que “eles” são todopoderosos, intransformáveis por uma ação do homem do povo.

Para Freire (1980, p. 26) é, a “conscientização que prepara os homens, no plano de ação, para a luta contra os obstáculos à sua humanização”. Refere-se a conscientização como sendo

[...] um teste de realidade. A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica (FREIRE, 1980, p. 26).

Para Andreola (1998, p. 38), “conscientização é um processo, nunca encerrado, pelo qual o homem assume sua posição de ser de práxis, na transformação e humanização do mundo”.

Para Freire (1980, p. 25), “uma das características do homem é que somente

ele¹ é homem. Somente ele é capaz de tomar distância frente ao mundo. Somente o homem pode distanciar-se do objeto para admirá-lo”.

Para existir consciência e cidadãos mais conscientes de seu papel, faz-se necessário, dentro da educação problematizadora, a utilização de um instrumento que desperte nos indivíduos a possibilidade de liberdade. Um instrumento importante de conhecimento é o diálogo. Diálogo entendido como meio de obtenção de crescimento individual e coletivo, meio para obtenção de liberdade.

Gadotti (1991, p. 47) diz que “o diálogo faz parte dessa nossa pedagogia dialógico-dialética, que hoje começa desabrochar na educação em todo o mundo, renovando a prática pedagógica e dando-lhe um sentido moderno e progressista”.

Para Freire (1980, p. 83), diálogo,

[...] é o encontro no qual a reflexão e a ação, inseparáveis daqueles que dialogam, orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar [...] este diálogo não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelos homens [...] é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo.

Para Freire “o momento do diálogo é o momento em que os homens se encontram para modificar a realidade e se emancipar. E a idéia da liberdade só adquire plena significação quando comunga-se com a luta concreta dos seres humanos pela libertação” (FREIRE, 1994, p. 17).

Freire (1980, p. 52) diz que “[...] a única maneira de ajudar o homem a realizar sua vocação ontológica, a inserir-se na construção da sociedade e na direção da mudança social, é substituir esta captação principalmente mágica da realidade por uma captação mais e mais crítica”.

Os conceitos sociológicos sobre controle social, na visão de muitos autores, dizem respeito ao controle da sociedade sobre os indivíduos. Ao contrário, a idéia

¹Freire, em *Pedagogia da Esperança: Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido* (1992, p. 68), passa a referir-se a “homens e mulheres ou seres humanos” e justifica que esta mudança se deve “superação da linguagem machista”.

de Controle Social conquistada na VIII Conferência Nacional de Saúde diz respeito ao direito da população decidir sobre o investimento e a definição de prioridades em saúde, além de atuar na fiscalização da assistência recebida.

Para Vasconcelos (1999, p. 57) “um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a participação popular no seu gerenciamento, cabendo às organizações populares e suas lideranças papel central no processo”.

4.2.3 Política de saúde no Brasil e a construção do SUS

Com a crise econômica de meados dos anos 70 o governo militar é forçado a considerar a utilização de medidas políticas com vistas a suavizar as tensões sociais que começam a tomar grandes proporções.

O modelo assistencial vigente, no campo da saúde, era baseado na concepção positivista de ciência, organizado de forma fragmentada, priorizando a assistência curativa, individual e hospitalar. Os serviços eram organizados de forma desarticulada, no que diz respeito às instâncias formuladoras e gestoras do sistema.

As principais instituições em saúde eram financiadas pela Previdência Social, mas o acesso não era universal e os serviços não eram organizados conforme as necessidades da população.

Nesta época, algumas prefeituras governadas pela oposição ao regime militar, insatisfeitas com o modelo de saúde, começaram a implantar modelos alternativos de atenção à saúde voltados para a atenção primária de saúde e para a medicina comunitária.

A crise econômica, aliada a um precário investimento na área social, refletiu-se no setor saúde e cria condições para a gestão de um movimento de oposição no campo da saúde. Constituindo-se nos anos 80 um movimento que foi chamado de Movimento pela Reforma Sanitária.

As concepções teóricas que influenciaram o Movimento da Reforma Sanitária foram gestadas a partir da década de 60. Na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, foi abordado o papel do Estado e do município na formulação de políticas de saúde. Considerou-se que as questões econômicas determinam o processo de adoecer e morrer das pessoas, e por isso entendeu-se ser necessário que os municípios tivessem autonomia para atuarem conforme seus indicadores epidemiológicos. Foi a primeira vez que se falou em municipalização da saúde. Estas deliberações da Conferência foram totalmente esquecidas devido ao golpe militar de 1964 e a instauração do regime ditatorial.

Este debate sobre a saúde continuou nos anos 70, em especial nas Universidades destacando-se a implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, que influenciaram a formação dos profissionais de saúde, dando um enfoque de integralidade das ações de saúde; da hierarquização dos serviços; e de saúde como um direito de cidadania.

Para Mendes (1999, p. 27),

[...] não é por acaso que o movimento contra-hegemônico surge nas Universidades onde, catalisados pela Organização Pan-americana da Saúde, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva no interior dos quais gesta-se e difunde-se um pensamento crítico da saúde, ao mesmo tempo em que começava a originar o que viria a constituir-se no movimento sanitário, base político-ideológica da Reforma Sanitária.

Ainda nos anos 70, surgem movimentos organizados formados pelos profissionais da área de saúde, que deram origem a instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de 1979. Destas entidades surgiram publicações, seminários e simpósios, com a finalidade de discutir e elaborar uma proposta alternativa ao modelo-assistencialista vigente.

Comunidades eclesiais de Base (CEBs) surgiram no “novo clima pós-68, e poderíamos dizer pós Vaticano II”, constituindo-se em uma nova forma de

organização, em lugar dos movimentos centralizados. Nasceram ligadas às lutas dos segmentos populares, apresentando resistência ao regime autoritário e a forma concentradora de riquezas. Os temas de discussão estão relacionados à conjuntura e também a temas como relações de gênero, raça, ecologia, corpo e sexualidade. Jacobi (1989, p. 26) comenta sobre as organizações de base, citando clube de mães, associações de bairro, etc e dizendo que estes

[...] gestam novos padrões de valores, configurando freqüentemente uma vinculação ideológica e política entre a necessidade e seus condicionantes estruturais. Neste sentido, a presença de outros setores sociais e políticos (forças de esquerda e Comunidades Eclesiais de Base – CEBs) possibilita, através de dinâmicas diferenciadas, a formação de uma consciência crítica popular.

Uma questão importante é a de que as mulheres são a grande maioria nas CEBs e nos encontros de discussão e debate. Nestes grupos aparecem experiências ricas de organização e de geração de trabalho e renda que segundo Souza (2000, p. 01) são os “empreendimentos comunitários, no sentido de uma nova economia solidária” e o autor acrescenta que nestas experiências “há uma energia vital e profunda que tira, das mesmas dificuldades, forças para superá-las. Isso se reflete nas práticas novas de produção, de convivência, de compromisso, de luta e de viver a Fé”.

Para Jacobi (1989, p. 27) “o aspecto mais significativo é o peso que a vivência do cotidiano de carências e privações tem na construção de uma cidadania coletiva numa sociedade que tradicionalmente tem marginalizado os setores populares”.

Ocorrem mudanças também no âmbito governamental. Em 1974 ocorrem reformulações na política de saúde, destacando-se a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e nesta década ampliou-se à cobertura da atenção previdenciária, incorporando ao sistema previdenciário os trabalhadores rurais e demais trabalhadores, bem como os empregados domésticos. Implantou-se,

também em 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA), que universaliza o acesso a todos os previdenciários, em situação de urgência, e passa a remunerar instituições estatais e influir nos Hospitais Universitários. Outra medida adotada foi a de criar uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social.

Em 1975, surge a Lei 6.229, com base nas diretrizes do Plano Nacional de Desenvolvimento e segundo Mendes (1999, p. 25) “tendo como referencial doutrinário a teoria de sistemas”, enfatizava a separação entre a assistência médica e as ações de caráter coletivo. As ações de saúde pública, também chamadas de “não rentáveis”, ficariam sob a responsabilidade do setor estatal, e a assistência individual e curativa ficaria com o setor privado, intermediado pela Previdência Social.

Ainda em 1975, e caracterizado como o “divisor de águas” com relação a participação popular, é aprovada uma tese sobre participação da população, na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Isto foi deflagrado tendo em vista a grave situação de saúde, pois a partir de 1972, com o “fim do milagre econômico”, começa a vir a público as altas taxas de mortalidade infantil, meningite, violência, as precárias condições de vida urbana, acidentes de trabalho e outros. Nesta época a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, editam uma publicação chamada “Saúde para o Povo”. Neste livro existem programas com a finalidade de aumentar a cobertura da atenção à saúde que, com medidas simples e econômicas, poderiam melhorar as condições de vida e integrar o conjunto da população.

Existia, na época, uma grande discussão no setor saúde sobre aquelas propostas, surgindo críticas àqueles programas porque poderiam ser utilizados como “medicina para pobre” em oposição a outra forma de atenção que seria a “medicina para rico” a qual seria baseada na tecnologia de ponta, acessível aos setores privilegiados da sociedade e que poderiam pagar pelo seu consumo. Por outro lado, era um momento de abertura para o desenvolvimento de atividades de cunho preventivo e de inserção da população de forma mais ativa na atuação em nível

local.

Para Ramos (1987, p. 96), participação popular em saúde significa “problematizar as questões, estimulando a população a colocar seus pontos de vista e reivindicações sobre sua saúde, o sistema que deveria servi-la e a forma pela qual ela se articula com outras áreas e práticas”.

Para Souza (1981, p. 5-6), a participação popular se dá em diferentes níveis que são:

[...] nível econômico, com a presença ativa na tomada das decisões das unidades de produção e na propriedade das mesmas [...] na área social e cultural que compreende ações em diferentes instituições da sociedade onde se articulam interesses de classes ou grupos [...] na área política que corresponde à participação no processo de tomada de decisões, desde as estruturas do poder local, até o plano nacional.

Na tentativa de promover o reordenamento do Sistema de Saúde, surge em 1977 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que visava ampliar o espaço de cobertura à população, como também a centralização administrativa, nascendo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Para Mocinho (2000, p. 20), a criação do SINPAS, “ênfatizava o modelo privatizante, mas, ao mesmo tempo, promovia uma pequena abertura de espaços para que, mesmo que de forma incipiente, tivessem início ações de atenção integral na rede pública, incluindo o planejamento popular na gestão do sistema”.

Em 1978, em Alma-Ata, na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, acontece a Conferência Internacional de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde. Nesta Conferência foi aprovada, no seu relatório final, a decisão dos países participantes de tomar medidas para alcançar “Saúde para todos até o ano 2000”, priorizando a atenção através de cuidados primários de saúde. No relatório da Conferência fica evidente a inaceitável desigualdade social, política e econômica das populações dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

Nos anos 80, no Brasil, verifica-se um processo de crescimento inflacionário

e crise econômica, mas contrariando a história dos países capitalistas desenvolvidos, os movimentos sociais se organizam e tomam espaço o que implicou em resultados políticos e em conquistas no setor saúde (PIRES, 1998). Segundo esta autora,

[...] ao contrário dos países capitalistas desenvolvidos, nessa época no Brasil amplia-se a organização sindical, e os trabalhadores, em plena crise e pressionados pela inflação, avançaram na conquista de seus direitos, criando centrais sindicais, aumentando os níveis de sindicalização, portanto, reforçando os movimentos de oposição e o início da redemocratização do país. Desta forma ampliando os espaços de negociação e conquistando maior reconhecimento social (PIRES, 1998, p. 55-56).

Foi a primeira eleição livre, em 18 anos de ditadura militar e “a derrota do governo nas urnas foi possível pelo agravamento do processo recessivo do país, que quebrou a coesão interna do regime autoritário, determinando um redesenho de seus pactos de sustentação e um incremento das forças de oposição” (MENDES, 1999, p. 32). Segundo Tierra (2001, p. 01) as eleições de 1982 apontaram o esgotamento político do regime, confirmaram os resultados dos pleitos de 1974 e 1978 e atribuíram ao PMDB um papel decisivo na transição pactuada.

Em 1982 houve eleições para os cargos de Governador, Senador, Dep. Federal, Dep. Estadual, Prefeito e vereadores e segundo Rêgo (1993, p. 06)

[...] foi a primeira eleição da qual participaram os partidos recém-criados com a Lei que reativou o multipartidarismo em 1979. Verdadeiro marco para o processo de abertura política, a oposição (PMDB e PDT) conquistou os cargos para governador em 10 dos mais importantes estados da Federação.

Embora perdendo em número de votos, o regime militar manteve o controle do processo de democratização e articulou a sucessão de Figueiredo, que ocorreria em novembro de 1984.

Depois da campanha pelas eleições diretas para Presidente da República o regime militar está enfraquecido, mas não atende aos anseios da população e define

o Colégio Eleitoral como instância para a escolha do Presidente da República. Para Rêgo (1993, p.07) “quebra-se, através do Congresso Nacional o mecanismo que impedia eleições diretas para prefeitos das capitais. A oposição conquista 68% dos 201 municípios que realizaram eleições, sendo que 90% das capitais”.

Tancredo Neves é eleito em 1985, mas morre, e assume José Sarney. Efetua-se uma transição “lenta e gradual” da ditadura para um regime mais democrático.

Em 1980 é chamada a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi a implantação de uma rede básica de saúde, surgindo então, um projeto, denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, elaborado por um grupo de técnicos interministeriais, com apoio da Organização Pan-americana da Saúde.

Em 1981, foi elaborado um projeto de reorganização dos serviços de saúde, o PREV-SAÚDE que, teve como objetivos a implantação da regionalização, e hierarquização do sistema de saúde, com a participação comunitária, a integralização das ações de saúde, mas com a inclusão do setor privado no sistema. Este projeto sofreu várias modificações e não foi implantado. Ainda em 1981, com o agravamento da crise da Previdência Social foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de propor normas para a prestação de serviços aos previdenciários e propor mecanismos de avaliação e controle do sistema de saúde. Foram 34 projetos propostos, sendo que um deles visava a redução das hospitalizações, criando o Plano de Racionalização Ambulatorial, mas que resultou em um Programa de Atenção Médica, visando apenas a redução das filas no setor de assistência médica. Este Plano de Racionalização Ambulatorial acaba por levar as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, que contempla interesses municipais e estaduais dando racionalidade ao setor público através de um modelo de descentralização e universalização da atenção à saúde. Instaurou-se como forma de gerenciamento as Comissões Interinstitucionais, nas instâncias federal, estadual, regional, municipal e local (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS e CIL).

Esse processo de transição para a democracia reflete-se em algumas

conquistas no setor saúde, e uma das mais importantes, foi sem dúvida a grande participação dos setores populares na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e as formulações sobre o tema, constantes na Constituição de 1988. Esse conjunto de forças que lutaram pela nova legislação em saúde defendiam uma Reforma Sanitária no país.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1987, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), refletindo parte da luta do Movimento pela Reforma Sanitária. Essa proposta muito centrada na reforma administrativa foi implantada no governo Sarney, mas não transformou o Sistema Nacional de Saúde.

Para Mocinho (2000, p. 24),

[...] apesar de alguns avanços observados com relação aos gastos públicos com saúde, ao planejamento descentralizado, ao financiamento de ações preventivas e a participação social através da CIMS, o SUDS manteve o apoio aos grupos de alta tecnologia e à prática clientelista oriunda do sistema político.

O Movimento pela Reforma Sanitária brasileira também obtém uma vitória em 1988, com a aprovação da atual Constituição de República Federativa do Brasil, na qual conquista-se uma visão mais democrática dos direitos em relação à saúde. No seu artigo 196 fica explícito que “saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Embora muito se tenha andado na legislação brasileira muito ainda se tem a caminhar até a efetivação do SUS. O arcabouço legislativo é uma contribuição significativa, no entanto, para sua efetivação é necessária a participação da sociedade organizada desenvolvendo o “Controle Social”, ou seja, cobrando de seus governantes a implementação do sistema de saúde que está na lei.

Somente após a Constituição de 1988, em 1989 ocorre a

[...] primeira eleição direta para Presidente da República desde 1962. É considerada como o marco definitivo que delimita o fim da transição democrática e o início do regime democrático pleno. Consolidada juridicamente com a promulgação da nova Constituição, em 1988, a nação brasileira experimenta, em clima de festa., a eleição com o maior grau de representatividade de sua história republicana. Votaram também os analfabetos e os jovens maiores de 16 anos (RÊGO, 1993, p. 05).

No campo da saúde, as conquistas constitucionais só foram definidas em leis específicas em 1990, destacando-se a Lei 8.080/90 que cria o SUS e a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Essa lei definiu as instâncias de participação popular no controle das ações do sistema de saúde. Isto se deu pela organização da sociedade civil, no movimento sindical, no movimento dos trabalhadores de saúde e em alguns partidos políticos de oposição que defendiam a criação de conselhos com poder deliberativo.

Acredito que a participação popular deve ser entendida, não só como o direito de cidadania, mas também como um mecanismo que possibilite a mudança do modelo de saúde vigente no país. Portanto, podemos entender o segmento “usuários dos serviços de saúde” como sinônimo de cidadãos, exercendo ou pelo menos tentando exercer seus direitos de cidadãos.

A lei 8142/90 dispõe em seu artigo 1º:

O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 conta, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos 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 este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua 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 de governo.

No Relatório da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em outubro de 1991, o Controle Social aparece como controle popular, entendido como a “capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses e na definição de prioridades e metas dos planos de saúde”.

No Relatório da 2ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em julho de 1996, encontra-se que a “efetiva participação popular é fator indispensável para a construção de um modelo que corresponda às necessidades da população”.

O Decreto Estadual nº 39.582, de 10 de junho de 1999, “Institui a Municipalização Solidária da Saúde, dispõe sobre o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências”. Este decreto foi criado com vistas à “descentralização das ações e serviços do SUS, acompanhado de repasse financeiro com vistas à garantir as deliberações dos municípios”. Na Portaria SES/RS Nº 09/99, que “define os mecanismos para repasse dos recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde destinados à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios”, dentre os vários “considerandos”, destaca-se o seguinte:

CONSIDERANDO, o imperativo legal do controle social do SUS por parte dos Conselhos de Saúde, assim como pelo restante da sociedade, os respectivos níveis de Gestão e a importância de se dar ampla divulgação dos recursos destinados pelo Governo Estadual, Municipal e Federal para o financiamento dessas ações.

De posse destas informações e com vistas a incluir os Delegados do Orçamento Participativo Estadual, na discussão do destino das ações, serviços e recursos, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul editou a resolução que segue.

Conforme Resolução nº 15/99 do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul em seu artigo 2º - A discussão dos Planos de Aplicação de que trata o Art. 3º, do Decreto nº 39.582/99, deverá ser feita em conjunto pelos Conselhos Municipais de Saúde e pelos Delegados do Orçamento Participativo Estadual.

Segundo Souza (1997, p. 45-46) o Orçamento Participativo se constituiu como “principal instrumento e novo paradigma para a esquerda e as forças democráticas nacionais e internacionais. A principal riqueza [...] é a democratização da relação do Estado com a sociedade” e acrescenta que com este dispositivo “o cidadão deixa de ser um simples coadjuvante da política tradicional para ser protagonista ativo da gestão pública”.

Em outubro do ano 2000 aconteceu em Porto Alegre – RS a 3ª Conferência Estadual de Saúde, sob o tema “Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Dentre as deliberações deste fórum destaca-se, que as “Audiências Públicas passem a fazer parte da rotina dos municípios e regiões, efetivando a transparência administrativa nas ações e investimentos do município, região e estado, penalizando os gestores que não o fizerem”. Também a importância de se “estimular os Conselheiros dos Conselhos de Saúde a participarem dos fóruns do Orçamento Participativo Estadual”.

E, segundo o Relatório de Atividades Desenvolvidas na Saúde, divulgado pelo governo do estado do Rio Grande do Sul em outubro de 2000,

[...] consultores internacionais para políticas sociais da organização Mundial da Saúde concluíram, num recente relatório sobre qualidade de vida no mundo, que a participação da população assistida e a suficiência de recursos financeiros são as duas principais condições para a melhoria da equidade. Os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e as demais estratégias para a participação da população e o controle social na

saúde, arenas políticas para a coadjuvância dos vários atores e das suas várias “verdades” sobre a organização e o funcionamento do SUS, são os melhores propulsores da mudança na área de saúde e traduzem uma forte idéia de democracia.

Já na 11ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 2000, o qual estiveram presentes cerca 2500 delegados de todo o Brasil apontaram para algumas questões que devem ser consideradas quais eram (Ministério da Saúde, 2001, p.11):

- deve-se aumentar a representatividade dos conselheiros, garantindo mecanismos porque as ações nos Conselhos estejam de acordo com a coletividade do segmento ao qual representam;
- criação de Conselhos estaduais e Municipais de cidadania integrados com os demais conselhos para discussão das políticas sociais;
- observar obrigatoriedade da existência de Conselhos gestores em todos os serviços de saúde;
- implantar efetivamente os Orçamentos participativos, como forma de ampliar a discussão das políticas públicas;
- instaurar novos instrumentos de controle social, ouvidorias, disques-SUS;
- melhorar as leis e regulamentos sobre o controle social;
- capacitação para os conselheiros e para os usuários dos SUS, dando ênfase no controle social e participação cidadã, bem como material como cartilhas a serem distribuídas à população com a finalidade de instrumentalização sobre funções e ações dos Conselhos de Saúde.

Para que a população exerça este direito faz-se necessário que as comunidades entendam ser este um direito seu. Acredito que os profissionais de saúde têm um papel importante neste processo, atuando de modo a favorecer a instrumentalização da população para o exercício deste direito de cidadania.

Conforme Carvalho (1995, p. 24), “a participação tem o sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo”.

Sobre a Lei 8.142/90, Campos (1997, p. 105) aponta que “percebe-se que o essencial da concepção sobre participação social do movimento sanitário foi

transformado em lei, no entanto, daí até sua institucionalização há um bom caminho”. No meu entendimento, um dos maiores desafios da atualidade para a implantação do SUS é a institucionalização do controle social.

5 METODOLOGIA

Este estudo procurou identificar fatores que facilitam e que dificultam o controle social, a partir da análise de uma realidade concreta e da visão das lideranças comunitárias; usuários; profissionais de saúde e representantes governamentais. O estudo foi realizado na região sul, mais precisamente, em uma Unidade de Saúde de Referência do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Considerou-se neste estudo, a inserção da Unidade Básica de Referência Regional de Saúde no município de Santa Maria – RS e na sociedade brasileira, atual.

Assim considera-se que:

a) essa realidade sofre influência do arcabouço institucional e legislativo (Federal, Estadual e Municipal), Pós - Constituição de 1988;

b) trata-se do estudo da realidade vivida pela população que utiliza os serviços de saúde da Unidade Básica, Oneyde de Carvalho, que tem uma história de organização e de reflexão crítica sobre saúde;

c) existe o direito legal para o exercício do Controle Social a nível local e não existe Conselho Local de Saúde na referida unidade;

d) os sujeitos envolvidos do setor saúde, têm diferentes percepções e interesses em relação ao Controle Social, por isso inclui-se neste estudo a visão dos sujeitos que vivem na localidade de abrangência da Unidade Básica de Saúde; a visão dos trabalhadores de saúde e dos gestores municipais.

Trata-se de um Estudo de Caso, por ser localizado, ou seja, diz respeito àquela realidade e poderá contribuir para estudos e futuras comparações com vistas a um entendimento da complexidade do real, em especial, no que diz respeito a possibilidades e limites do exercício do Controle Social.

Para Triviños (1987, p. 136) “o aspecto interessante do ‘Estudo de Caso’ é o de existir a possibilidade de estabelecer comparações entre dois ou mais enfoques específicos, o que dá origem aos ‘Estudos Comparativos de Casos’”. Também, para o mesmo autor (p. 133) o Estudo de Caso, dentre os tipos de pesquisa qualitativa, “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma ‘unidade’ que se analisa aprofundamente”. Esta definição remete-nos a duas circunstâncias que são a “natureza e a abrangência da unidade”, bem como, do suporte teórico que servem de base para o investigador.

5.1 Caracterização do município de Santa Maria e da Secretaria Municipal de Saúde

O Coeficiente de Mortalidade Geral de Santa Maria está em 6,2/1000 habitantes e a Mortalidade Infantil, ou seja, de crianças que morrem antes de completar 1 ano de idade/1000 nascidos vivos, se encontra nos patamares de 12,3/1000 nascidos vivos. O Coeficiente de Mortalidade Neonatal, ou seja, crianças que morrem até a idade de 28 dias/1000 nascidos vivos, é de 7,7/1000 nascidos vivos, conforme dados da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (<http://www.saude.rs.org.br>).

A economia do município depende essencialmente do setor terciário, que conta com 11.000 empresas ou instituições e absorvem mais de 80% da população economicamente ativa da cidade. Destacando-se os quartéis e as Universidades, (Universidade Federal de Santa Maria, a Universidade Franciscana e as Faculdades Metodistas).

O setor da saúde é referência na região sul do RS para atendimento dentro das especialidades médicas e para utilização de serviços de alta complexidade. Dados do IBGE, de 1996, coletados no Plano Municipal de Saúde, 2000, relativos à renda familiar, apontam que 75,76% dos chefes de família recebem de menos de um a três salários mínimos. O valor do salário mínimo em 2000 era de R\$ 151,00 e que correspondia na época a U\$ 77,43.

Segundo a home page da prefeitura de Santa Maria (<http://www.santamaria.rs.gov.br>)

[...] certamente a massa e fluxo monetário na cidade de Santa Maria dependem fundamentalmente do serviço público. Destaca-se na Região, no Estado e no País como cidade portadora das seguintes funções relacionadas a prestação de serviços: Comercial, Educacional, Médico-Hospitalar, no Rodoviário e Militar Policial. Estas funções urbanas terciárias absorvem mais de 80% da população ativa da cidade, salientando-se principalmente o setor ocupado em atividade comercial e educacional. Ainda no aspecto funcional da cidade, aparece em segundo lugar o Setor Primário (Agropecuário) e em terceiro lugar, o Setor Secundário, que no geral são indústrias de pequeno e médio porte, voltadas principalmente para o beneficiamento de produtos agrícolas, mobiliários, calçados, laticínios, etc. A atividade econômica soma aproximadamente 6355 empresas comerciais, 4698 prestadoras de serviços e 737 indústrias de médio e pequeno porte. É reconhecido pólo comercial e de serviços altamente qualificados.

O Produto Interno Bruto Total é de 955.514.061,64, estes dados relativos a 1998, Fonte: Fundação de Economia e Estatística/98. A população economicamente ativa de Santa Maria é de 137.296 habitantes. O PIB corresponde a 0,23% do total do PIB do RS e a renda Per Capita é de R\$ 3.925,00, e de acordo com a cotação do dólar no mês de maio/2002, corresponde ao valor de U\$ 1706,52. Fonte (<http://www.santamaria.rs.gov.br>).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2000, p. 21) 97,94% dos domicílios dispõem de água tratada e 39,24% estão ligados à rede de esgoto. A coleta do lixo é terceirizada² e este serviço é prestado em toda a cidade.

² O município de Santa Maria terceiriza os serviços de recepção, serviços gerais, coleta de lixo e vigilância.

Ainda conforme o Plano Municipal de Saúde (2000, p. 2) as principais causas de atendimento na rede municipal são a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e as Infecções Respiratórias.

As primeiras causas de internação hospitalar, segundo os dados oficiais da Secretaria de Saúde de Santa Maria – RS, do ano de 2000 são: Doença Brônquica Pulmonar Obstrutiva Crônica, Hipertensão Arterial Crônica, Pneumonias, Gastroenterite, Insuficiência cardíaca, Câncer de mama, Acidente Vascular Cerebral, Câncer de pulmão, Diabetes Mellitus, Infarto Agudo do Miocárdio e o município está habilitado pela Norma Operacional Básica (NOB-96) para a Gestão Plena da Atenção Básica.

Farenzena, citado pelo Plano Municipal de Saúde (2000, p. 23), pelo seu estudo sobre os indicadores de saúde do município diz que o risco de óbito por doenças infecciosas é de 24/100.000 habitantes, o triplo dos países desenvolvidos; que existe um percentual elevado de gestantes adolescentes, em torno de 18,9% e aproximadamente 20% da mortalidade, em menores de um ano, foi por doenças infecciosas, parasitárias e doenças respiratórias (dados coletados no ano de 1997).

Tanto o estado como o município de Santa Maria são administrados por partidos de esquerda, organizados na Frente Popular, que tem o Partido dos Trabalhadores nos cargos de governador e prefeito, ambas exercendo a primeira gestão administrativa.

Na cidade de Santa Maria há uma grande concentração populacional na periferia da cidade, onde existem vários bolsões de pobreza. A cidade está dividida em 13 Regiões Sanitárias Urbanas e 9 Regiões Sanitárias Rurais. O Local deste estudo se deu em uma das Regiões Sanitárias urbanas, chamada de Região Sanitária Oneyde de Carvalho, pois leva o nome da maior Unidade Básica de Saúde da região que também serve de referência regional. As regiões sanitárias têm, no mínimo, uma Unidade Básica de Referência, podendo ter várias Unidades Sanitárias Básicas. Na área rural, existem apenas Unidades Básicas de Saúde.

A Secretaria de Saúde Municipal está passando por uma série de modificações para poder dar conta de uma nova visão de atenção à saúde, dentre elas, está sendo elaborado um novo Organograma e uma das políticas é a ênfase nas ações de saúde preventivas e na participação popular nas decisões sobre saúde. O atual Organograma da Secretaria Municipal de Saúde está em anexo (Anexo A).

5.2 Caracterização do local do estudo

A Região Sanitária Oneyde de Carvalho, se localiza na periferia da cidade de Santa Maria, mais precisamente na região sul da cidade. Envolve dois bairros que são o Bairro Tomazetti e Bairro Urlândia, ambos zona urbana, atendendo também, como referência a zona rural. Segundo o Censo de 2000, estima-se que na região morem cerca de 18.000 pessoas. A região conta com cinco escolas de 1º grau, sendo três municipais e duas estaduais; uma delas é destinada a alfabetização de pessoas com deficiência auditiva; duas creches; duas Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade Básica de Referência, que é o local do meu estudo, chamada de Unidade Básica de Referência em Saúde “Oneyde de Carvalho”. A população está distribuída em 15 vilas, sendo que 11 pertencem a região urbana e 4 são vilas pertencentes à região rural de Santa Maria.

A Unidade Sanitária funciona apenas durante o dia, oferecendo à população usuária serviços médicos, de enfermagem e de odontologia em ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Nesta região também existem 09 Agentes Comunitárias de Saúde e na área das ações de prevenção e promoção à saúde, há um grupo que se reúne, semanalmente, para tratar de problemas relacionados à saúde, especialmente das doenças crônico-degenerativas. Este grupo está dividido em três sub-grupos, envolvendo um total de 460 pessoas, mas em torno de 200 pessoas freqüentam regularmente os grupos. Dois grupos reúnem-se na Unidade de Saúde “Oneyde de Carvalho” e o outro, em uma Igreja Católica, ao lado de uma escola do município. É importante esclarecer que este grupo optou pelo local, tendo

em vista ser mais próximo das suas casas.

Trabalhei nesta Unidade Sanitária, e com estes grupos, durante quatro anos e, até aquele momento vínhamos discutindo a inserção dos indivíduos nas discussões sobre saúde e políticas públicas para o setor, além de temas pertinentes aos “agravos” que mais acometem a população daquela região e outros assuntos sugeridos pelos grupos.

Nesta localidade existem Associações Comunitárias, ou Associações de moradores, organizadas, geralmente por vilas, totalizam 12 Associações Comunitárias, sendo que destas uma é da região rural e as demais são urbanas. A localidade se caracteriza, como na maioria da periferia dos grandes centros urbanos, por ser uma região de moradia, de população de baixo poder aquisitivo e que trabalha em outras regiões do município.

Para identificar a visão de Controle Social em Saúde e os fatores que facilitam e dificultam o seu efetivo exercício, optei por realizar entrevistas com os diversos segmentos envolvidos na assistência à saúde. Para realizar a pesquisa, iniciei solicitando autorização junto ao Secretário de Saúde do município para realização da mesma (Apêndice A) bem como obtive o consentimento de todos os sujeitos que fizeram parte deste estudo. Após a conclusão, pretendo apresentar os resultados aos diversos segmentos participantes.

Para a formalização do Consentimento, solicitei aos participantes que assinassem o documento de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5.3 A coleta e a análise de dados

5.3.1 Entrevistas

Realizei 20 entrevistas. 03 gestores; 04 lideranças comunitárias; 07 trabalhadores de saúde e 06 representantes dos usuários dos serviços de saúde.

Para realização das entrevistas, organizei um roteiro semi-estruturado (Apêndice C) e fiz uma escolha intencional a seguir explicitada:

a) Lideranças comunitárias

Na região de abrangência da Unidade Sanitária “Oneyde de Carvalho”, existem doze Associações Comunitárias de caráter geral que representam os diversos grupos populacionais adstritos a Unidade de Saúde. Realizei entrevistas com representantes de três Associações Comunitárias urbanas e uma liderança comunitária da zona rural. Escolhi as Associações comunitárias de modo que toda a região visualizada no esquema abaixo ficasse representada. As Associações escolhidas correspondem à cerca de 50%³ da população que vive na região.



FIGURA 1 - Região Sanitária “Oneyde de Carvalho”.

³ Não existem dados a cerca da população por vilas, mas devido ao trabalho por mim realizado durante o período que me dediquei a esta região, posso dizer que se refere a este percentual.

b) Trabalhadores de saúde

Na Unidade Básica de Saúde Oneyde de Carvalho trabalham: 01 Enfermeiro, 06 Médicos, 02 Odontólogos, 02 Auxiliares de enfermagem, 09 Agentes Comunitários de Saúde, 01 trabalhador dos Serviços Gerais, 02 Recepcionistas e o Coordenador da Unidade de Saúde. Este Coordenador é morador da região e é um Cargo de Confiança, escolhido pelo Executivo e contratado para a função política e administrativa da Unidade de Saúde.

Com o intuito de captar as diferentes visões sobre o Controle Social que podem facilitar ou dificultar a sua implantação, procurei envolver os trabalhadores que estavam desde a inauguração desta Unidade Sanitária, bem como os que se incorporaram à equipe há menos tempo. Com isso pensei em possibilitar a expressão de resistências e/ou diferentes visões. Com essa mesma preocupação de envolver diferentes percepções que possam existir entre as categorias profissionais envolvidas na assistência. Entrevistei uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma médica, uma odontóloga, uma agente comunitária de saúde, uma recepcionista e a trabalhadora dos serviços gerais. Totalizando 07 representantes dos trabalhadores de saúde. Coincidentemente, todos são mulheres, com faixa etária que varia de 30 a 55 anos de idade. Esclareço que de todos os trabalhadores de saúde da Unidade Sanitária 73,91% são mulheres e 26,09% são homens.

O profissional de medicina, escolhido foi uma médica que está nesta localidade há mais de sete anos e que tem um trabalho de prevenção e promoção da saúde bem solidificado nesta Unidade de Saúde.

Na Unidade Sanitária existem dois profissionais odontólogos e, em conversa com eles, sobre o trabalho que me propus, um deles se ofereceu para participar do estudo. Devo informar que ambos estão nesta Unidade de saúde desde a sua inauguração.

Existe apenas uma enfermeira na Unidade, a qual está lá há quase dois anos. Devo informar que depois da minha saída, há pouco mais de dois anos desta

Unidade de Saúde, já estiveram desempenhando atividade desta categoria profissional, três enfermeiros, sendo que uma saiu por licença-maternidade. Em relação a outra enfermeira, foi reivindicada a sua saída junto à Coordenação da Unidade de Saúde e à Secretaria de Saúde do Município, pelos integrantes dos grupos de usuários que discutem as questões de saúde, porque a mesma não se adaptava ao trabalho preventivo e coletivo que é desenvolvido nesta Unidade de Saúde. Devo elucidar, para um melhor entendimento dos leitores, que estes grupos foram fundados, na época, por iniciativa de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, juntamente com a enfermeira da unidade Sanitária que neste momento era eu e esta profissional médica, clínica geral, participante deste estudo.

Dentre as auxiliares de enfermagem, que são duas, optei por entrevistar a que está há mais tempo na Unidade Sanitária, tendo em vista que a outra profissional estava em processo de aposentar-se, e tive a informação que, logo após a realização das minhas entrevistas, foi concedida sua aposentadoria.

Nesta Unidade de Saúde tem duas recepcionistas, sendo que uma delas está nesta Unidade Sanitária, desde a sua inauguração. Além disso a mesma tem uma particularidade que é a grande influência que exerce sobre a comunidade e sobre o grupo de profissionais desta localidade. Esta servidora vem desenvolvendo esta atividade desde a inauguração desta Unidade de Saúde. A outra recepcionista está vinculada a uma Prestadora Terceirizada⁴, e esteve em uma época afastada do trabalho e, há cerca de um ano retornou.

Das nove Agentes Comunitárias de Saúde entrevistei a primeira ACS da região, por ela ter uma participação bastante ativa, na comunidade e participou desde o início da montagem do grupo que existe na sua região de cobertura e, portanto, ligada à Unidade de Saúde Oneyde de Carvalho.

Como na Unidade de Saúde apenas existe uma trabalhadora de serviços gerais, foi essa a participante do estudo. Ela tem regime de 40 horas semanais e,

⁴ Diz respeito a mesma nota de nº 2, contida na p. 51.

portanto permanece na Unidade de saúde durante o período em que ela está aberta para o atendimento. Esta trabalhadora exerce a função há pelo menos cinco anos.

Inicialmente, e individualmente, informei aos participantes sobre o trabalho e verifiquei a disponibilidade em participar da pesquisa. Acolheram imediatamente a solicitação e em seguida já marquei datas e horários, bem como o local da entrevista.

c) Usuários da Unidade Básica de Saúde

Entrevistei adultos que utilizam a Unidade sanitária para atendimento de problemas de saúde. Escolhi dentre as pessoas que participam sistematicamente de atividades nos grupos, de usuários existentes na Unidade Sanitária, pelo seu maior envolvimento com o cotidiano do serviço.

Existem na Unidade de Saúde Oneyde de Carvalho, três desses grupos de usuários que são portadores de doenças crônicas, cada um com uma média de 150 pessoas cadastradas.

Optei por entrevistar representantes dos três grupos, incluindo homens e mulheres e considerei como suficiente o critério de saturação dos dados. Ao todo foram seis entrevistas, um homem e uma mulher de cada grupo.

Como, nos grupos, a participação regular é de pelo menos 50 a 60 pessoas, por reunião e sendo essas pessoas muito solícitas, optei por, individualmente, convidar os participantes. Convidei um homem e uma mulher de cada grupo e o convite se deu, por ordem alfabética e ainda, por tempo que estavam participando desta atividade. Utilizando a lista de cadastro que a Unidade Sanitária me forneceu, optei por convidar as pessoas que estavam participando desde o início dos grupos. Como minha opção foi a saturação dos dados, com seis entrevistas terminei a coleta dos dados. Por coincidência, dois destes convidados, também participaram da Prática Assistencial desenvolvida no período 02 de maio a 26 de junho do ano de

2001 e tinha como propósito desenvolver encontros, utilizando a Metodologia de Paulo Freire, “com vistas a instrumentalização do grupo, para o exercício de cidadania e conquista do direito à saúde” (FLACH, 2001, p. 07). Os dois são homem e mulher e freqüentam o mesmo grupo.

Sobre os entrevistados, eles têm de 50 a 65 anos de idade, e destes, apenas dois ainda estão inseridos no mercado de trabalho como autônomos, e os demais estão aposentados.

d) Representantes dos gestores de saúde

Entrevistei o Secretário de Saúde do município, o Diretor de Saúde Coletiva e o Coordenador da Unidade Básica de Saúde Oneyde de Carvalho. Como pode ser visto no Anexo A, logo abaixo do Secretário de Saúde existe o cargo de Diretor Geral, que desempenha funções muito próximas as do Secretário, e o Diretor de Saúde Coletiva que tem um papel mais ligado ao planejamento das ações das Unidades de Saúde.

O Coordenador da Unidade Sanitária também foi escolhido para fazer parte desta pesquisa, por ser ele um dos atores no cenário de muitos sujeitos do Controle Social. É ele que, na maioria das vezes, recebe as informações sobre o serviço que é prestado naquela localidade. Talvez, fosse importante, neste momento, esclarecer as funções do Coordenador da Região Sanitária, que no caso deste estudo é o Coordenador da Região Sanitária “Oneyde de Carvalho” (leva o nome da região sanitária). O Coordenador tem a função de, além de fazer a administração da Unidade de saúde, fazer a articulação das diversas “forças vivas” da região sanitária. Sejam elas escolas, outras unidades de saúde, que na região são em número de três; Igrejas, com seu trabalho de Pastoral da Criança e Pastoral da Saúde, bem como das outras igrejas, evangélicas, pentecostais, etc.; associação de moradores; e outras entidades que são formadoras de opinião, coordenam algum

grupo ou desenvolvem alguma atividade junto à comunidade. Por este motivo ele participou desta pesquisa.

Nesta localidade, enquanto eu trabalhava na região, existia uma integração entre Unidades de Saúde, da região, Pastoral da Criança, Agentes Comunitários de Saúde, da região, duas Lideranças Comunitárias e uma ótima integração com a comunidade⁵.

5.3.2 Procedimentos para análise dos dados

O método de “Análise de Conteúdo”, segundo Bardin (1977, p. 42)

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Triviños (1987, p. 160) a definição traz o método como sendo “um meio para estudar as ‘comunicações’ entre os homens, colocando ênfase no conteúdo ‘das mensagens’”.

As mensagens, neste estudo, foram obtidas através de uma entrevista semi-estruturada, por ser esta, segundo Triviños (1987, p. 146) “um dos principais meios que tem o investigador para realizar a Coleta de dados”. Pois, acrescenta o autor, “valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

⁵ Comunidade – Estou utilizando esse conceito de forma genérica para designar grupos populacionais adscritos a Unidades Básicas de Saúde. O conceito de comunidade tem, no campo da ciência social, uma outra definição, ou seja, de grupo de pessoas que vivem em uma região geográfica e que tem identidade de pertencimento a mesma, partilhando de valores e crenças que orientem ou expliquem as ações de grupo. Para Souza (1999, p. 66) “é o cotidiano dos indivíduos e grupos que partilham de condições sociais comuns e, face a elas, organiza o seu ambiente de relações dentro de uma dinâmica própria”.

Após a etapa das entrevistas, que foram gravadas, realizei as transcrições. Por sugestão de alguns representantes do segmento dos usuários, usei anotações em diário de campo. A seguir procedi as três fases da “Análise do Conteúdo”, de Bardin (1977, p. 95) que são a “pré-análise; exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação”.

A pré-análise é a fase de organização do material, desde a seleção dos documentos a serem analisados, objetivos e hipóteses e elaboração de indicadores que “fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 1977, p. 95). A fase de Exploração do Material, que segundo Minayo (2000, p. 210) “consiste essencialmente na operação de codificação”. A codificação é a etapa de tratamento dos dados e segundo Bardin (1977, p. 103) “corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, [...] permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto”.

A fase do Tratamento dos Resultados obtidos é a etapa que se colocam em “relevo as informações obtidas”, para a partir deste referencial, propor inferências e interpretar segundo o quadro teórico “ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2000, p. 210).

Para Triviños (1987, p. 138),

[...] sem dúvida alguma, o pesquisador qualitativo, que considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico, apóia-se em técnicas e métodos que reúnem características “sui generis”, que ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações. Neste sentido, talvez sejam a entrevista semi-estruturada [...] e o método de análise de conteúdo os instrumentos mais decisivos para estudar os processos e produtos nos quais está interessado o investigador qualitativo.

Após a transcrição das entrevistas, procedi uma leitura em profundidade de cada uma delas, buscando apreender o conjunto de mensagem. A seguir procurei identificar as categorias de análise, emergente das entrevistas no que diz respeito ao

conceito de Controle Social e de fatores que dificultam e facilitam o mesmo.

Fiz essa categorização por segmentos de entrevistas:

Respondentes	Visão sobre o Controle Social	Fatores que facilitam %	Fatores que dificultam %
Gestores			
Profissionais			
Usuários			
Lideranças Comunitárias			

A seguir reorganizei os resultados obtidos por segmento, buscando: identidades e divergências em relação ao entendimento sobre o Controle Social, sobre fatores facilitadores e fatores que dificultam o seu exercício.

Resgatei, na análise, o referencial teórico utilizado e busquei situar o encontrado na realidade político-institucional brasileira.

6 AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Partindo das informações obtidas nas entrevistas, organizei as principais idéias a respeito do Controle Social e destaquei os caminhos que contribuem para o efetivo Controle Social, e quais os fatores que o dificultam.

As falas dos sujeitos estão identificadas por segmento (gestor, trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e usuários) e numeradas (gestor 1, 2,3; usuários 1,2,3, etc.) para permitir agrupamentos de análise e ao mesmo tempo garantir o anonimato.

6.1 As visões sobre o Controle Social

De todos os entrevistados, são os segmentos dos usuários, do gestor e das lideranças comunitárias que se identificam com uma visão de Controle Social como exercício de um direito que está assegurado constitucionalmente. Que este controle deve ser exercido pela população que usa o Sistema Único de Saúde, no sentido de intervir no planejamento, de reivindicar medidas protetoras de saúde e de intervir na fiscalização da aplicação dos recursos e da qualidade do atendimento recebido. Ou seja, de realmente intervir nas decisões que dizem respeito ao setor saúde. Dentre as lideranças comunitárias, apenas um líder não tem esta visão. Todos os gestores e todos os usuários defenderam a idéia de Controle Social como necessário e como

direito de cidadania, e apenas dois trabalhadores de saúde (28,6%) do total, identificaram-se com esta idéia.

O que se pode perceber pelas falas abaixo: alguns sujeitos entrevistados apontaram que o Controle Social é mais amplo que a participação nas instâncias deliberativas formais, garantidas em lei. Apontam que existem mais formas de mobilização e organização popular para lutar por saúde e assistência de qualidade.

É preciso garantir ao cidadão uma saúde de qualidade, pública, gratuita e universal. Com certeza, é o ingrediente a mais, e diferente, de qualquer outra política pública, porque quando a sociedade civil participa, ela fiscaliza e ainda mais nos Conselhos Municipais de Saúde, Estadual e Nacional. Eles são do poder deliberativo, ou seja, o poder está na sociedade, eles mantêm também uma continuidade do trabalho. O Controle Social, movimento individual das pessoas, que vai desde uma reclamação, até a busca do meio de comunicação – rádio (Gestor 1).

Controle Social é o papel exercido, pela população em relação às ações que são executadas pelo poder público. Então, o controle social é a participação da população, do povo, através das várias instâncias, os diversos fatores sociais que têm o seu papel (Gestor 2).

Se a gente não tivesse ido reivindicar! Pagamos impostos, como todos, é um direito nosso. Se não tivéssemos reivindicado talvez não tivéssemos o que pedimos (Usuário 1).

Saúde é ter acesso a tanta coisa que a gente não tem, mas a gente tenta lutar através dos grupos⁶ para melhorar e ter acesso a algumas dessas coisas (Usuário 4).

Controle Social, para mim, é como uma pesquisa que deveria ser feita para ver como as pessoas estão vivendo e estão vendo a saúde, falta de saúde. Começa por aí (Usuário 2).

Elas têm o direito de reivindicar seus direitos, tanto na sociedade [...] os medicamentos e coisas que precisam (Usuário 3).

Todo mundo tem o direito, pela nossa Constituição. Está na lei que todo mundo tem o direito de ser atendido, só que o pessoal não conhece (Liderança Comunitária 3).

⁶ Os grupos que foram referenciados dizem respeito aos que existem na Unidade Sanitária Oneyde de Carvalho, que envolvem portadores de doenças crônicas mas que fazem reflexões mais amplas sobre saúde e organização dos serviços de saúde.

Aquele grupo sabe o que quer, sabe onde buscar e luta para conseguir. É o direito que eles têm a um serviço de qualidade (Trabalhador de Saúde 2).

Essa visão majoritária, representada pelos usuários dos serviços de saúde, gestores municipais de saúde e lideranças comunitárias, identifica-se com a visão dos integrantes do movimento pela Reforma Sanitária.

Para Mendes (1999, p. 42-43),

a Reforma Sanitária coloca três aspectos fundamentais: [...] um conceito abrangente de saúde, [...] exige a saúde como direito de cidadania e dever do estado e [...] como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

Corresponde, também a uma visão crítica da realidade, ao que Paulo Freire entendeu como uma consciência política dos direitos de cidadania. Para este autor,

[...] preparar para a democracia não pode significar somente converter o analfabeto em eleitor [...] deve preparar ao mesmo tempo, para um juízo crítico das alternativas propostas pela elite, e da possibilidade de escolher o próprio caminho (FREIRE, 1980, p. 20).

O autor ainda acrescenta que “é a conscientização que prepara os homens, no plano de ação, para a luta contra os obstáculos à sua hominização” (FREIRE, 1980, p. 26).

A visão divergente identifica-se com uma visão mais ingênua da realidade como pode-se perceber pelo depoimento abaixo.

Tu sabes que tem gente que reclama, mas também reclama de boca cheia. Tem as coisas aqui de graça e querem tudo. E acham que tem que ter. Eu também quando preciso, lembra de quando eu precisei [...] esperei até que tivessem para me dar. A gente já consegue tanta coisa! (Trabalhador de Saúde 6).

A visão ingênua é uma visão “mágica” ou distante da visão crítica da realidade, fazendo com que tanto homens quanto mulheres se tornem passivos, na medida em que não sabendo como modificar esta realidade acabam se acostumando na fatalidade dos fatos. Freire (1980, p. 35) diz que para “vencer a tradição e a rotina, o melhor procedimento prático não se encontra nas idéias e conhecimentos exteriores e distantes, mas no questionamento da tradição por aqueles que se conformam com ela, no questionamento da rotina em que vivem”.

Na categoria dos trabalhadores de saúde, dois não souberam opinar sobre o Controle Social. Apenas dois (28,6%) identificaram-se com a visão crítica apontada acima e dois apresentaram visões diferenciadas, as quais destaco abaixo, apontando possíveis interpretações.

As pessoas têm que se conscientizar que os serviços de saúde não podem ser do jeito que eles querem que a coisa funcione, mas sim, têm que funcionar para todos, e têm que ser bom para todos (Trabalhador de Saúde 3).

Este trabalhador estava falando sobre as expectativas dos usuários em relação ao funcionamento dos serviços de saúde. E o seu depoimento, parece conter uma certa “reclamação” em relação a delegação de poder para que os usuários possam reivindicar ou exigir o atendimento de suas necessidades.

Parece que a inclusão da visão dos usuários e de suas demandas por serviços de saúde coloca em cheque a visão hegemônica dos trabalhadores de saúde, que sentem-se ameaçados no seu papel de autoridade, quase inquestionável, que o modelo biomédico hegemônico lhes outorga.

Para Helman (1994, p. 100),

os indivíduos que exercem a Medicina científica moderna formam um grupo à parte, com seu valores, teorias sobre enfermidade (disease) regras de comportamento e organização hierárquica de funções especializadas. A profissão médica pode ser considerada como uma subcultura da cura, com sua visão particular do mundo. Durante o processo de formação médica, os alunos passam por uma espécie de “endoculturação”, em que,

gradualmente, adquirem uma perspectiva particular dos problemas de saúde, que irá perdurar ao longo de suas carreiras profissionais. Além disso, adquirem também status social elevado, alto poder aquisitivo e o papel socialmente legitimado de curandeiro.

A outra visão dos trabalhadores de saúde sobre o Controle Social pode ser ilustrada pelo depoimento abaixo.

Controle Social é uma verificação e uma avaliação do sistema de saúde. Alguém controlando os serviços e esse controle deve ser feito por quem recebe o serviço, mas eu como profissional tenho algumas considerações a fazer com relação a este tema, pois acho que esse controle deve ser feito por um tripé: governo, profissionais de saúde e usuários do sistema. Que nem só se considere o que o usuário queira, mas sim o que os três juntos querem dos serviços. Têm sempre coisas que a gente observa e que pode melhorar o serviço prestado, então temos que oferecer. Nós profissionais de saúde, a gente não deixa de ser uma autoridade, o que a gente fala eles aceitam e a gente falando, tu sabe, né? Muitas coisas eles ficam e entendem, não tudo [...] Eles não tem cultura, não tem acesso a um livro, revistas, jornais, só à TV, mas o que ela informa? Nada. Só as coisas não importantes e alienatórias. Então eles acreditam no que a gente diz (Trabalhador de Saúde 4).

Essa visão apresentada pelo trabalhador de saúde identifica-se com a que Paulo Freire chama de “educação bancária”, onde o educador é o que sabe e detém os conhecimentos, enquanto que o educando é um mero expectador da ação educativa.

A respeito da educação bancária, Freire (1987, p. 59) diz que,

[...] o educador é o que educa; os educandos, os que não sabem; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; o educador é o que opta e prescreve a sua opção; os educandos, os que seguem a prescrição; o educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de que atuam, na atuação do educador; o educador é o que escolhe o conteúdo programático; os educandos jamais ouvidos nesta escolha se acomodam a ele; o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente a liberdade dos educandos; estes

devem adaptar-se as determinações daquele; o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

No entanto, esse mesmo trabalhador reconhece que para que o Controle Social se efetive é preciso considerar as expectativas dos diversos segmentos envolvidos. Parece-me que existe um certo conflito entre a identidade com a visão de que o saber científico é o “verdadeiro”, e o que deve predominar, e o fato de estar imerso em uma realidade na qual os usuários dos serviços de saúde não são totalmente passivos.

Ao responder sobre o Controle Social em saúde foi possível perceber a visão dos sujeitos entrevistados sobre saúde, a qual envolve uma dimensão individual, uma dimensão coletiva, a questão do acesso aos serviços de saúde, bem como a forma como estes serviços estão organizados.

Embora que na cultura deles eles só valorizam a cura, temos que mostrar a eles que a prevenção tem que acontecer (Trabalhador de Saúde 4).

As pessoas são boas e têm amizade pela gente por isso que são boas e fazem as visitas, vacina em casa. No grupo a gente vê só palavra boa e foi por causa da fé que eu melhorei. Fé no grupo⁷ e fé em Deus, meu pai. Lá só tem palavra boa (Usuário 6).

Me incomodei aqui no posto com aquela enfermeira que não quis me atender, pensei: ela é funcionária da Prefeitura, então deveria atender a todos, e ainda humilhou a auxiliar de enfermagem, saí do posto com meu coração disparado, me doendo. Sou hipertenso e fui no posto ali perto, minha pressão estava lá em cima, tive que ficar em observação, mas me preparei, depois em casa, para voltar lá e reclamar (Usuário 5).

A visão de saúde apresentada por estes sujeitos mostra um dos aspectos da “integralidade”, no sentido que a atenção à saúde é mais do que o atendimento curativo a doenças estabelecidas. Mostra também, a idéia de que os serviços de saúde são equipamentos públicos e que seus usuários são cidadãos com direito a opinar sobre a assistência recebida e a reivindicar um atendimento de qualidade.

⁷ Se refere a mesma informação contida na nota de nº 6 da p. 65.

6.2 Análise dos fatores facilitadores do Controle Social

6.2.1 Educação/Conscientização

Para 75% dos representantes do segmento das lideranças comunitárias, para 66% dos gestores e 50% dos usuários apontaram que deve ser investido em educação, com vistas à conscientização, para termos indivíduos mais críticos em nossa sociedade. Sendo que no grupo dos profissionais de saúde a mesma idéia apareceu em apenas (2) duas entrevistadas, perfazendo um percentual de 28,6% do total deste segmento. Quando se referem à escola, muitos dos depoimentos trazem a escola problematizadora, a escola crítica, diferente da escola tradicional. Uma escola que integra a comunidade acadêmica e familiares, criando ali espaços para discutir assuntos relativos àquela realidade e o contexto geral.

Mas eu acho que através da escola, com os alunos, [...] os alunos trazendo os pais para a escola e levando a informação, que eu acho que é a maneira mais fácil de trazer à participação (Liderança Comunitária 1).

Eu acho que agora com a mudança dessa educação, que a gente está procurando inserir a educação popular, aonde o pessoal participa, o pessoal reivindica seus direitos, o pessoal procura onde fazer suas reclamações. A proposta da educação popular trabalha a pessoa dentro da sua realidade, dentro do seu contexto de vida. A educação que nós tínhamos até bem pouco tempo atrás, só trabalhava aquele conteúdo do livro: português, a gramática pura, a matemática e aquele monte de “contarada” que as pessoas nunca iam utilizar na vida. Educação que prepara para a conscientização (Liderança Comunitária 3).

Vê aquilo como um direito dele. Então, eu acho que essa informação, não é só informação, eu acho que é um trabalho mais a longo prazo, mais continuado. E também não sei se o termo é educação, não sei qual o termo correto, conscientização, uma coisa por aí. Mas de muita conversa, de muita reunião, muito diálogo, pra que as pessoas se conscientizem de que aquilo é um direito. Que se ele participar, ele pode mudar as coisas. É por aí (Gestor 2).

Um elemento importante e potencializador para que o Controle Social em saúde ocorra é a ampliação da consciência dos cidadãos. Neste sentido, 50% dos

sujeitos entrevistados apontaram para a necessidade de investimento na educação para conscientização, no sentido da formação de cidadãos, além da instrução técnica. Esse investimento contribuiria para uma postura atuante no setor saúde, reivindicando a aplicação, na prática, do já estabelecido em lei.

Estes entrevistados acreditam na necessidade de um desvelamento crítico da realidade e apontam o caminho da educação dialógica como uma possibilidade de contribuição neste processo, o que é comungado por diversos autores como Demo, Gadotti e Paulo Freire.

Na Pedagogia do Oprimido, Freire (1987, p. 41) diz que existem dois momentos,

[...] o primeiro, em que os oprimidos vão desvelando o mundo da opressão e vão comprometendo-se na práxis, com sua transformação; o segundo, em que, transformada a realidade opressora, esta pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo permanente de libertação.

Outro destaque verificado nas entrevistas é que o segmento dos trabalhadores de saúde necessitam, também, passar um processo de reflexão crítica. No sentido de sensibilizarem-se para ouvir e considerar a percepção dos usuários, bem como no sentido de uma visão mais abrangente de saúde e uma visão de direito à assistência de saúde como direito de cidadania.

Um sistema que prefere que as pessoas não participem e acho que no caso, o Sistema Único de Saúde existe um trabalho que tem que ser feito, a começar pelos profissionais de saúde, para depois com a população. Então eu acho que tem essa questão geral, mas tem princípios do SUS que precisam ser trabalhados a partir dos nossos profissionais da saúde, para poder reverter esse quadro [...] começa pela academia, dentro das Universidades (Gestor 1).

Não sei o que falta para as pessoas se conscientizarem, talvez educação para os direitos, não sei (Usuário 5).

Eu acho que eles são muito desinformados, acho que deveria ter uma conscientização de todo mundo, tanto dos usuários, como da gente da rede, ser mais humano (Trabalhador de Saúde 3).

É preciso investir na conscientização das pessoas (Usuário 2).

Se tivesse uma educação atual, assim, visando o Controle Social, visando os direitos das pessoas, como chegar lá, até o direito (Trabalhador de Saúde 2).

Freire (1980, p. 26) fala sobre consciência

[...] esta “tomada de consciência” não é ainda a conscientização, porque esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica.

E acrescenta que conscientização não acontece sem o ato de ação-reflexão.

Destacou-se também, que as competências necessárias para o trabalho em saúde ultrapassam ao tradicional saber técnico sobre as doenças. Segundo uma liderança comunitária, para que se estabeleça uma relação de confiança entre trabalhador de saúde e usuário, é preciso diálogo. O trabalhador de saúde precisa ter domínio do conhecimento técnico, mas também precisa entender da organização da comunidade, como fica demonstrado nesta fala:

Tu tens que colocar a pessoa certa, no lugar certo, por exemplo, falar em questão de saúde, tem que ser uma pessoa altamente habilitada na questão de saúde. Pode ser enfermeira, pode ser um médico, mas ele tem que estar por dentro da questão da área de saúde, não só tecnicamente, mas também na questão comunitária, ele tem que passar uma experiência, uma vivência para as pessoas da comunidade, e de conhecimento sobre a organização daquela comunidade (Liderança Comunitária 2).

Essa idéia tem relação com a visão mais abrangente de saúde definida na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1996 e aponta um desafio para o sistema formador dos profissionais de saúde. Nesta Conferência, se estabeleceu dentre

outros princípios, os relacionados com a política de recursos humanos, apontando para uma “formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema Único de Saúde, regionalizado e hierarquizado; inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas” (MINAYO, 1987, p. 123).

Outro aspecto apontado é que na relação terapêutica ou educativa é preciso que o processo de comunicação se estabeleça de forma adequada, e para isso, a utilização de uma linguagem acessível e compreensível pelo interlocutor é fundamental.

É preciso que os doutores e as enfermeiras falem de modo que a gente entenda o que está sendo falado, senão fica difícil, as pessoas não entendem, da próxima vez que são convidados talvez não compareçam (Liderança Comunitária 2).

Às vezes, no grupo, as pessoas, os alunos e as enfermeiras falam coisas que eu vou para casa pensando porque eu não entendi o que foi falado lá (Usuário 6).

Além da questão do poder do saber técnico, neste último depoimento, existe uma postura de humildade diante de um saber, e até me parece de culpa, por não entender deste saber específico.

Para Cecílio (1999, p. 32),

os trabalhadores de saúde controlam um recurso importantíssimo que é o saber. Além do mais, eles controlam o recurso “força de trabalho” que, afinal, é o que mantém o serviço em funcionamento. Não é demais recordar que os médicos são, por este prisma, os mais poderosos dos trabalhadores de saúde, pois eles já vêm para o serviço com esse poder legitimado pela sociedade.

Para Vasconcelos (1989, p. 28), “existe uma tradição nos nossos Centros de Saúde de tratar a população de modo autoritário e grosseiro, contribuindo, assim, para que as pessoas se sintam desvalorizadas e, portanto incapazes de tomar iniciativa de resolver os seus próprios problemas”.

6.2.2 Participação além dos Conselhos e Conferências de Saúde

Os entrevistados apontam a existência de outros espaços que fortalecem a união e a organização e que permitiriam conquistas para a comunidade em vários setores, inclusive na saúde, constituindo-se, também, em formas de Controle Social. Essas idéias foram trazidas em 100% das entrevistas dos gestores, das lideranças comunitárias e dos usuários e em apenas um depoimento (14,28%) dos trabalhadores de saúde.

As idéias que apareceram nas entrevistas nos remetem às deliberações da XI Conferência Nacional de Saúde, do ano de 2000. Aponta para a importância da forma como as comunidades se organizam e de que se faz necessário outros espaços além dos espaços formais, dos Conselhos e das Conferências. Não que eles não sejam importantes, com certeza são, além do que são uma das grandes conquistas do setor popular no campo da saúde, porém como diz Oliveira (1996, p. 70), muitas vezes força-se a participação de grupos em instâncias formais que são estranhas à cultura do mesmo ou daquela sociedade.

Para Oliveira (1996, p. 73), “muitas vezes exige-se uma participação popular aos moldes de quem já está exercendo o poder, com reuniões, atas, pauta, ordem do dia, etc”. Acredito, que as diferentes formas de expressão e de organização, devem ser respeitadas, pois, eles “sentem” a sua realidade e, portanto, são eles que devem identificar qual a forma e os mecanismos para verem resolvidas as suas necessidades.

Os depoimentos abaixo mostram as diversas formas e os diversos espaços de participação e de Controle Social, que os entrevistados listaram. Nestes depoimentos fica clara, a importância do espaço da Associação Comunitária, da Igreja, e da escola. Sendo que as Associações Comunitárias, como possibilitadoras do exercício do Controle Social, apareceram nos depoimentos de todas as lideranças comunitárias. E os espaços da igreja e escola como possibilitadoras do Controle Social, apontados por 50% das lideranças comunitárias entrevistadas, e por apenas

um trabalhador de saúde (14,28% do total do segmento). As falas abaixo demonstram estas opiniões.

Têm outras maneiras, ainda, de divulgação [além das organizações formais]⁸. Porque uma comunidade em geral, ela não é só associação, ela não é só escola. Quem é que convive na escola? Os moradores do bairro, né. Quem é que usa a capela? Também são os moradores do bairro. Então eu acho que, unindo todas essas forças, tem como levar esse potencial bem melhor. Uma participação bem melhor para o Conselho do que está hoje. A União das Associações Comunitárias [UAC], poderia fazer esse papel, né, porque ela participa diretamente do Conselho, também, é uma entidade representante. Ela já tem o seu representante legal no Conselho de Saúde, como em outros Conselhos, por ela ser a União das Associações, que coordena todas as associações. Eu acho que, através da UAC possa sair essa estrutura em todos os bairros (Liderança Comunitária 1).

É que a associação comunitária, ela fazia e faz reuniões mensais sempre tem, todos os meses têm as reuniões com os moradores. E, nessas reuniões, a comunidade coloca o que ela está sentindo que falta, que poderia ser uma prioridade para a comunidade [...]. A associação foi o instrumento de luta pra chegar até o poder público e reivindicar aquela prioridade que era necessária e que era para o atendimento de saúde da região. Nós até passamos depois na Câmara de Vereadores, de vereador em vereador, de gabinete em gabinete, levando a proposta, levando a idéia. Para que? Para mobilizar também os vereadores a aprovarem a lei, porque tem que aprovar uma lei, aprovando a instalação do posto de saúde na nossa região. A comunidade se organizou através da associação, que é o órgão representativo da comunidade. A gente encontrou uma forma de trazer as coisas pra nossa região através da luta, da unidade do povo, da participação do povo todo, para poder fazer acontecer (Liderança Comunitária 2).

É o desemprego, é uma série de fatores que estão fazendo com que o nosso povo comece a pensar. Eu acho que nós temos que ter gente, mobilizar pessoas, gente capaz de falar, de se expressar bem, e começar através das associações, através de todas as entidades. A gente pode congrega as comunidades, tentar começar a construir uma forma, um caminho, um projeto, pra gente avançar, conseguir essa mudança (Liderança Comunitária 2).

Por isso que eu reforço, se os colégios fizessem isso, se as igrejas fizessem isso, tem igrejas que têm essa mentalidade, mas têm igrejas que são mais de fechar; então, a igreja também, tem a pastoral da criança que lá naquela região, como eu te disse, que a gente trabalha em conjunto. Mas eu acho que quando tem um conjunto, cada um tem que

⁸ Para melhor compreensão do leitor a respeito da idéia formulada pelo entrevistado em algumas situações incluí explicações entre colchetes e em cor azul.

chegar e trabalhar um pouquinho, não pode um chegar e atropelar (Trabalhador de Saúde 2).

Temos que criar formas de participação direta da população. A Institucionalização não transmite para a população o espaço onde ela possa se sentir confiante que ali denunciando, ela terá uma consequência (Gestor 1).

As comunidades têm as suas próprias formas de organização e diferem de comunidade para comunidade, as falas abaixo são exemplificadas pelos usuários dos serviços de saúde nas quais eles apontam os grupos de portadores de doenças crônico-degenerativas existentes, na Unidade Sanitária, como um espaço de luta e de debate mais amplo sobre saúde. Apontam esses grupos como uma forma de Controle Social e de socialização de informações e conhecimentos. Esta possibilidade de exercício do Controle Social foi trazida por 100% dos respondentes do segmento dos usuários, e por dois representantes dos ~~trabalhadores~~ de saúde (28,6% do total do segmento).

Tem um boa participação no grupo, mas poderia ser muito melhor se as pessoas se importassem, se cada um desse um pouquinho de si. Conseguimos muitos melhoramentos através deste grupo. Eu acho que para a gente ter melhoramentos em todos os aspectos a gente tem que fazer a nossa parte e não esperar que façam por nós, como as enfermeiras, os médicos, a prefeitura. Se nós não fizermos a nossa parte eles não vão poder nos ajudar, assim como eles nos ajudam, nós temos que fazer a nossa parte, para o trabalho melhorar cada vez mais. Então o compromisso tem que ser de ambas as partes (Usuário 4).

Conquistamos um espaço para reivindicar que é através do grupo (Usuário 3).

O grupo daqui é uma forma de organização, onde eles têm acesso às informações (Trabalhador de Saúde 2).

Outra questão foi trazida por 50% dos representantes do segmento dos usuários e também e por 50% dos representantes dos trabalhadores de saúde, sobre o espaço político-administrativo da Unidade Sanitária como um espaço para resolução de problemas. Nesta administração da prefeitura do município de Santa

Maria, gestão 2000-2004, o Coordenador tem a função de implementar a política de saúde do município na “ponta”, isto é, a Unidade local pode receber demandas e também resolvê-las. Uma das propostas desta administração é a da participação popular, que também deve ser efetivada na Unidade Sanitária.

Pedimos vários melhoramentos aqui para o Posto de Saúde e conseguimos (Usuário 1).

Acho que o desenvolvimento do trabalho que a gente tá fazendo em grupo. Eu acho que as pessoas procuram e participam dos grupos é para se beneficiar, reivindicar, e conseguimos muitas coisas para cá (Usuário 3).

O Natal⁹ é uma pessoa maravilhosa, ali, oh! O que vem ali, que a gente não consegue resolver, a gente encaminha para ele, e é difícil ele não resolver (Trabalhador de Saúde 7).

Outras questões que envolvem decisões sobre a política, por exemplo, são levadas pelas pessoas individualmente ou organizadamente em grupos, até o Secretário de Município da Saúde, ou mesmo até o Prefeito do município. Vale lembrar que, nesta administração da Frente Popular, existe uma aproximação entre o Executivo e a população do município, e uma das propostas de participação popular é o Orçamento Participativo.

Quem não gosta de participação, tem medo de democracia (Gestor 1).

Aí quando tu vê uma postura como a do Estado, que tem uma abertura maior, como a relação nova que se implementou no Estado e agora no município, com a municipalização solidária e a saúde solidária e as Plenárias do Orçamento Participativo e de outras questões que são discutidas abertamente e que notam um avanço maior e a abertura para o povo participar (Gestor 2).

O Prefeito de Santa Maria, uma manhã por semana abre a sua agenda para atender quem quer que seja, desde uma pessoa individualmente, até grupos de Associações ou grupos organizados. As falas abaixo representam o entendimento

⁹ Natal é o nome do Coordenador da Unidade Básica de Referência Oneyde de Carvalho 2000-2004.

dos usuários, (50% do total) sobre a aproximação com o Prefeito da cidade.

Eu não sei o que falta para as pessoas se conscientizarem, mas sei que isso deve ser feito em grupo, em comunidade, a gente conversar para ver de que forma a gente pode ter as coisas e reivindicar o nosso direito. Seja lá onde for, no secretário, no prefeito, não sei se ele recebe as pessoas, mas sei que ele é do povo. Ele, quando dá, anda pelas ruas e conversa com o povo. O Valdeci¹⁰ é uma pessoa do povo, ele não vem mais aqui porque não tem tempo, ele não deve ter nem tempo de ficar com a família, de tanto que tem coisa para fazer nesta cidade (Usuário 5).

6.2.3 Participação e Orçamento Participativo (OP)

Os Conselhos e as Conferências são instâncias deliberativas do setor saúde e pelas referências estudadas, ainda existe manipulação nas decisões e muita desinformação a respeito dos Conselhos de Saúde. Em vários momentos, por todos os gestores entrevistados, pela maioria das lideranças comunitárias, pela metade dos profissionais de saúde e por apenas dois usuários entrevistados (33,33% do total do segmento), os Conselhos de Saúde apareceram como importantes espaços de discussão sobre as políticas de saúde a serem implementadas. Porém, é necessário, como diz um respondente do grupo dos gestores,

[...] é necessário radicalizar mais a democracia, através dos Conselhos Locais da Saúde, que faz um controle direto, grandes plenárias de discussões sobre a saúde e o Orçamento Participativo (Gestor 1).

O Orçamento Participativo é mais um espaço e segundo os gestores, usuários e lideranças comunitárias é uma proposta que veio para preencher espaços que não existiam, de discussão sobre os assuntos gerais e, portanto também um espaço para discutir sobre saúde nas comunidades. Acredito que as plenárias do orçamento participativo estão mais presentes nas comunidades, mais próximas, diferente dos

¹⁰ Valdeci de Oliveira, prefeito da cidade de Santa Maria, gestão 2000-2004.

Conselhos de saúde. Também é um espaço que visa democratizar o debate, indo ao encontro da população em geral para conversar sobre o assunto.

Para Pont (2000, p. 80),

[...] no momento em que se chama a população para discutir, em assembléias, para onde vai o dinheiro público, de maneira organizada, sabendo quanto será a receita, quanto será a despesa, quanto vai para cada Secretaria, quais são os principais tributos, o que vem de cada tributo, quanto se gasta com a manutenção, com o custeio, quanto é que vai para a folha de pagamento, o que é possível investir, - essa socialização de informações contribui para tecer novas relações na sociedade.

O município de Santa Maria está desenvolvendo a segunda edição da experiência municipal a qual se dará em diversas reuniões nas comunidades. O Orçamento Participativo estadual já está na quarta edição.

Para Souza (1997, p. 15) o Orçamento Participativo,

[...] cria estruturas de formação e de reprodução de uma opinião pública independente. As comunidades, pelo exercício direto da ação política, passam a ter, inclusive, um juízo crítico sobre o próprio poder que as classes privilegiadas exercem sobre o Estado, pois passam a conviver com a própria pressão exercida pelos meios de comunicação para realizar determinados investimentos, pautados por interesses elitistas ou socialmente minoritários.

Os depoimentos abaixo trazem o relato sobre o assunto. Devo enfatizar que o Orçamento Participativo foi trazido por **todos** os respondentes dos segmentos gestores, lideranças comunitárias e usuários. Alguns depoimentos são descritos abaixo:

Eu acho que uma das coisas que está acontecendo é o nosso orçamento participativo. Eu acho que isso aí está surtindo bastante efeito. O pessoal está vendo que antes não adiantava, tu fazia lá o que era do interesse para quem convinha. Então agora o pessoal está participando desse Orçamento Participativo [OP] e está vendo que está havendo retorno (Liderança Comunitária 3).

Se nós olharmos o orçamento participativo, eu acho que o orçamento participativo é uma das melhores propostas que tem (Usuário 1).

Onde a gente vê muito as pessoas reivindicar é no OP, aquele que tem todos os anos e geralmente o que a gente reivindicou a gente conseguiu. Mudanças que aconteceram foi com o OP e mudou muita coisa, e para melhor, a gente reivindica e a gente vê que o dinheiro foi aplicado aonde a gente pediu, então o orçamento é mais uma forma de Controle Social (Usuário 1).

Tenho notado que agora a partir do OP, vem despertando as pessoas, para que as pessoas controlem, elas têm esse direito de também de controlar, exigir, pedir, questionar, fiscalizar para que seja realizado. É um direito do cidadão, porque nós votamos, nós elegemos e, portanto nós temos direito, principalmente cobrar dos políticos (Usuário 2).

Com o OP o povo tem o direito de escolher o que quer para a sua comunidade, se escolheu errado? Bom, azar! Mas o povo pode e deve participar. O OP serve para que o povo decida e depois se não participa, não adianta reclamar (Usuário 5).

Um representante do segmento dos gestores falou a respeito do espaço do Orçamento participativo e dos Conselhos de Saúde.

Mal resolvida esta democracia direta. Orçamento Participativo e as decisões dos Conselhos de Saúde (Gestor 1).

Neste depoimento, parece que fica claro, que existem espaços de disputa entre duas instâncias de participação popular e por consequência, disputa de poder. Onde existe poder existe resistência ou pelo menos a possibilidade de resistência. Para Baierle (2001, p. 02),

[...] embora o OP tenha como resultado a construção de uma solidariedade negociada entre setores sociais diversos, desde trabalhadores do setor informal até médios empresários, é preciso reconhecer que ele tem na multiplicação de conflitos uma das suas características constitutivas.

E acrescenta que uma das questões que faz com que haja espaços de disputa é a relação do OP com os Conselhos de Saúde, habitação e o dos Direitos da

Criança e do Adolescente. Acredito que quanto maior a participação, quanto mais espaços de discussão, mais possibilidade de conflito, mas, também, menos riscos de que a população seja excluída das discussões para o setor. Só com vários espaços, e espaços definidos pelas comunidades, respeitando sua forma de organização é que veremos implantado o efetivo Controle Social.

6.3 Análise dos limites para o exercício do Controle Social

6.3.1 Descrédito

Existe, por parte da maioria dos trabalhadores de saúde 85,7% , e usuários 83,33%, um descrédito nas Instituições Públicas e nos políticos. Por conta de todo o processo histórico de corrupção e descaso pela população proporcionado por estas Instituições e por estes políticos. Fatos a que a população está acostumada a assistir e presenciar.

Segundo Vasconcelos (1989, p. 18) sobre as Unidades de Saúde, diz que,

as constantes interferências dos políticos nesses serviços os transformaram em locais de se conseguir votos. Desta forma, os Centros e Postos de Saúde, hoje existentes, são em grande parte, ociosos. Este pouquinho e esta utilização eleitoral dos novos serviços de saúde [...] gerou muitos descontentamentos.

Campos (1994, p. 60) faz um resgate da ética, do que é a ética hoje e porque ela está sendo tão comentada, “voltou-se a falar em ética, entre outras razões, porque ela se tornou produto escasso, etéreo, tão difícil de ser encontrada que até novas e velhas gerações duvidam de sua existência. Ética na política”.

Os depoimentos abaixo ilustram essa visão:

Eu acho que a população, para falar a verdade, eu acho que ela está um

pouco decepcionada, com tantas promessas e poucos recursos (Trabalhador de Saúde 2).

Um pouco porque eles estão ressabiados, desacreditados, acham que nada adianta, que não tem porque lutar por nada, porque nada muda, entra governo e sai governo e é tudo a mesma coisa, isso é o que eles falam, comentam (Trabalhador de Saúde 1).

Os jovens não querem tirar o título agora porque estão desacreditados dos políticos, porque não vale a pena, não sei o que está sendo divulgado que os políticos são corruptos e as pessoas ficam desanimadas e se acomodam naquela vidinha (Usuário 2).

As pessoas já acostumaram a tomar “laçasso” e por isso que não acreditam mais nos políticos. As pessoas já acostumaram com o laço. Há pouco tempo não adiantava reclamar, mandavam a gente de um lado para o outro, e quando via [desistia, por não conseguir resolver] o cara embrabecia e não procurava mais. As pessoas, totalmente, a maioria, estão desiludidos, agora que estão pegando o pé de novo, conforme anda a carroça, as melancias se acomodam (Usuário 5).

Para Campos (2000, p. 42), devemos

[...] repensar e transformar o Estado, as relações econômicas e sociais, mas também as relações familiares, entre os gêneros, os sistemas de saúde, de educação, de igrejas, partidos, movimentos; alterar, o modo de gestão das instituições. Tudo passível de crítica e de mudança. Uma ampliação do espaço tradicional da política e, ao mesmo tempo, uma reconstrução dos modos de se fazer política.

Outra questão trazida pela maioria das lideranças comunitárias, e pela maioria do segmento dos usuários, é a de que existe um descrédito, por conta de que as pessoas buscam o seu projeto político pessoal. As pessoas que se envolvem com os problemas das comunidades, muitas vezes almejam se autopromoverem, com fins eleitoreiros e quando representam a comunidade ou um grupo, o fazem sem discussão com a base do movimento.

Para Demo (1999, p. 20) “a ideologia mais barata de Poder é encobrir-se com a capa da participação”.

Eu acho que está faltando até no Conselho para aqueles representantes nas vilas. Não discutem, tomam posições sem consultar ou mesmo conversar com a comunidade. Representam eles mesmos, mas deveriam defender os interesses da comunidade (Liderança Comunitária 1).

Tem muita gente que se veste de cordeiro para querer voto para vereador, vem de mansinho, com jeito de que quer ajudar. E depois dão o bote. E não é para as pessoas estarem descrentes? (Usuário 4).

Acho que entra uma questão política também quanto aos gestores que muitas vezes não estão muito preparados para aquilo que vão assumir e, com isso, dificulta essa questão da abertura, para a população, que é a base. Muitas vezes as discussões são desvirtuadas por causa de questões políticas também. Entra muita questão política, mas não na política do SUS, digamos assim, as políticas mesmo, partidárias (Gestor 2).

6.3.2 Educação “bancária” e acomodação

A educação que recebemos, é alienadora, o que Paulo Freire chama de educação “bancária”. Os espaços educacionais funcionam como meros depósitos de informações e essas informações podem vir distorcidas, de acordo com os interesses da classe dominante. Ao longo da história do Brasil a escola oficial não investiu na educação libertadora. E em alguns momentos, como no período da ditadura militar, os educadores identificados com essa visão, foram punidos e até, em alguns casos, como o de Paulo Freire, tiveram que deixar o país.

Com base nesse processo histórico sabemos que a parcela da população, que teve acesso à escola, foi educada para não reclamar. Em especial após os vinte anos de ditadura militar a limitação da liberdade de expressão e o medo da punição ficou incutido em muitas memórias, principalmente daquelas pessoas que viveram e foram criadas nesta época. A partir da década de 80 aumentou a produção teórica sobre a educação crítica, bem como, no bojo do processo de redemocratização do país, e com o surgimento de partidos políticos e organizações que representam os excluídos, surgiram experiências de educação nesta perspectiva. Essas experiências são conhecidas com várias nomenclaturas, sendo a educação popular uma delas, e que se expressa, em várias áreas, inclusive na saúde e no campo das práticas

educativas em saúde. No entanto, a influência dessa visão teórica no ensino formal das Universidades e nos cursos de graduação da área da saúde, e em especial nos cursos de medicina, é ainda muito pequena. Continua-se a reproduzir muitos daqueles conceitos e idéias, ingênuos sobre a sociedade e a organização social, como se aos dominados coubesse apenas obedecer o estabelecido pelos que detém o poder econômico e político. Segundo Freire, as pessoas devem ser auxiliadas a romper com esta concepção, visando uma crítica à realidade, para depois de conscientizarmos, podermos agir de modo novo e com mais justiça social.

Podemos dizer que conforme Faudez (1993, p. 41) “a reprodução de uma educação ‘moderna’, ‘hierarquizada’ e, digamos, antidemocrática, não permite uma participação autêntica de todos aqueles que são envolvidos pela luta que lhes permitirá atingir uma verdadeira independência”.

As idéias expressas pelos depoimentos abaixo mostram a necessidade de romper com a concepção ingênua e, mesmo com muitas incertezas, tentam buscar explicações para os fatos do cotidiano. Apareceu em 50% dos representantes das lideranças comunitárias, em 66,66% dos representantes dos gestores e em apenas (1) um trabalhador de saúde, correspondendo a 14,28%.

Então, eu acho que há falhas na educação, mas é que o poder que controla tudo, pra eles, é essa educação aí que eles querem. Um pessoal passivo, como agora, por exemplo, lá na Argentina, viu como é o pessoal, eles não ficaram quietos, eles saíram para a rua, todo mundo batendo lata, batendo panela, aí disseram: “Ah! O pessoal da Argentina, eles são mal-educados, que são isso, que são aquilo”. E aqui no Brasil aceitam tudo passivamente. Mas será que é certo o que fazem aqui, aceitar tudo passivamente, ou estão certos os que saem pra rua para gritar e não ficarem quietos com o que está acontecendo (Liderança Comunitária 3).

Daí ela não tem informação, sobre os direitos que ela tem. Ficam reprimidos. E outra coisa, para certos governantes, é muito melhor ter a população com menos esclarecimentos do que a população esclarecida; porque toda aquela população esclarecida, ela vai lutar pelos seus direitos e toda a população menos esclarecida, ela vai fazer o que certos governantes querem e não o que elas no fundo querem. O povo foi educado para isso, mas alguns não ficam quietos e brigam (Trabalhador de Saúde 2).

A pessoa foi educada, esse tipo de educação que nós tivemos, né, todo

mundo fica quietinho e aceita. Eu já vi pessoas até serem mal educadas, esse pessoal que atende nesses atendimentos ali, no posto de saúde (Liderança Comunitária 3).

Acomodação. O pessoal está acostumado, acomodado por aquele costume de paternalismo, receber aquelas esmolinhas, aquelas coisinhas. Ficavam quietinhos em casa e ganharam aquilo ali que era presente. Para [a população] era como presente, eles não sabem que é um direito a muito mais. Para eles [a população] era o máximo aquilo ali, né, achavam que estavam recebendo muito, né. Eu acho que é isso aí. Claro, eles foram educados pra serem acomodadinhos (Liderança Comunitária 3).

A nossa sociedade, ela foi educada para não participar, ela foi educada em cima de um regime representativo, que você elege tal pessoa e muitas vezes esquece em quem você votou e depois deixa por conta dele que ele resolve, ele foi eleito para isso, né. Então até você fazer um processo de educação para que as pessoas saibam que é fundamental a participação dela, o acompanhamento, ela é um processo educativo-pedagógico, etc. (Gestor 1).

Seria a forma mais correta, é a falta de informação, eu acho que está faltando mais, é a falta de informação, o que é o Conselho de Saúde. Conselho de Saúde, principalmente alguns conselheiros, que vêm de bases, de vilas assim como no caso da própria UAC que é a União das Associações, eu acho que deveria trazer melhores informações e não defender interesse de sua visão e sim interesse do geral da comunidade (Liderança Comunitária 1).

6.3.3 Falta de participação e desinformação

Nos depoimentos que se seguem, 75% das lideranças comunitárias, 28,6% dos trabalhadores de saúde, 50% dos usuários e 33,33% dos gestores, trouxeram a idéia, que a não participação, é um fator que limita exercício do Controle Social, e está diretamente vinculada a falta de informação e dificuldade de ter uma visão histórica, de processo, de modo a perceber que os resultados são imediatos. Mas que para obter conquista é preciso ter consciência do que se quer e ter persistência.

Cecílio (1999, p. 34); Mocinho (2000, p. 72) e Perna (2000, p. 106) são alguns dos autores que escreveram sobre Controle Social em saúde e que evidenciaram a falta de participação da população em discussões sobre a saúde, seja

pela falta de espaços nas instituições e serviços formais do campo da saúde, seja pela de informação sobre saúde, bem como sobre o papel dos Conselheiros nos Conselhos de Saúde.

Para Freire, o educando aprende através da sua práxis, porém ele deve ser auxiliado neste processo de desvelamento. Ainda para o mesmo autor (1979, p.30) “quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções”.

Tem gente que não sabe qual é a real função do Conselho. Tem uma grande parte aí, se tu for perguntar, que não sabe que existe o Conselho de Saúde em Santa Maria. Isso, dificulta, porque a gente vê as pessoas reclamando no posto, de muitas coisas, e reclamam por falta de informação. Acontecendo muitos equívocos, pelas pessoas não saberem (Liderança Comunitária 2).

Então acredito que a população ainda, grande parte dela não sabe a força que tem, os direitos que tem nas decisões, a importância de participar, porque eu acho que isso aí vai se conseguindo aos poucos, e acho que falta muito ainda para o pessoal participar, porque é dado pouco espaço também. Falta informação (Gestor 2).

Eu acho que, um, ainda é um pouco a desinformação e o outro eu acho que ainda tem muito a falta de vontade das pessoas de quererem fazer alguma coisa (Trabalhador de Saúde 3).

Então eles nem sabem se têm direitos ou se não têm. Como tu vai cobrar aquilo que tu não tem conhecimento, então eles estão limitados, as poucas coisas que eles sabem são o que eu passei, tu passou, agora o Natal tem ensinado bastante para eles, mas deu. Fico contente se algo tiver ficado (Trabalhador de Saúde 1).

Falta de informação e há muita falta de comunicação das pessoas de não ter informação nenhuma sobre seus direitos, vão reivindicar o que se não sabem que é seu direito. Muitos não sabem que esses direitos existem. Se soubessem, iriam procura (Usuário 1).

Está faltando mais divulgação das ações que são desenvolvidas Falta espaços para discussão. Não adianta vir em uma reunião, estas reuniões elas tem que ser regulares e de tempos em tempos, porque muita coisa muda. A gente não vê mais reuniões. As coisas vão surgindo para convocar a comunidade e fazer a discussão e ver o que está faltando, orientar, informar dentro do possível, manter a população orientada e divulgando os direitos que as pessoas não sabem nem que tem direito. Falta informação sobre os direitos das pessoas. Melhorou muito mas tem muito para melhorar. Imediatismo (Usuário 2).

E como as pessoas são imediatistas! Elas começam a ir se afastando e o número diminuiu muito. Então, eu vejo que as pessoas querem que as coisas sejam resolvidas muito rápido e como as coisas não são rápidas, tem uma maneira de fazer, um plano burocrático para passar, né, e que aí demora um pouco. Então nesse tempo que demora, acontece que não há paciência de se esperar pra ver as coisas acontecer e cria-se uma decepção nas pessoas e elas vão se afastando, não porque não vá acontecer aquilo que se programou, vai acontecer, só que existe um tempo determinado pra tudo acontecer (Liderança Comunitária 2).

A gente vê mais, que hoje, a comunidade, no geral, ela não participa, ela não tem uma participação ativa dentro dos Conselhos de Saúde. Eu acho que através dos Conselhos de Saúde seria a melhor forma de participação. Eu acho que falta um pouco mais de informação. O que é Conselho de Saúde, qual é o trabalho do Conselho de Saúde, que a comunidade pode participar melhor (Liderança Comunitária 1).

Outra questão que fica evidenciada é a necessidade de potencialização de esforços, da união, dos movimentos organizados da comunidade. Jacobi (1989, p. 27) diz que “os fatores que afetam a mobilização da população estão diretamente vinculados à percepção de carências comuns, numa profunda vinculação com a noção de direitos básicos”. Portanto, é possível, e necessário, articular esforços para obter melhores resultados coletivos.

Em relação à participação em espaços já existentes como nos grupos de portadores de doenças crônicas, existentes na Unidade Sanitária estudada, verificou-se que os que participam destes grupos, defendem a importância e apontam problemas resultantes da não participação.

Isso porque eles também não se reúnem em grupo¹¹. As pessoas que não sabem que isto existe [é porque] não se reúnem em grupos para que possa também ser passado informações. Muito se discute nos grupos. Os que não estão informados é porque não participam.. Nós temos as mesmas ansias com relação a estar informados e a reivindicar, e no grupo de hipertensos, temos as mesmas necessidades (Usuário 1).

Eu acho que se as pessoas não participam é porque não querem, porque querendo tudo é possível e o tempo é a gente que faz. Então se elas quisessem por uma horinha elas podiam participar, só isso que eu acho. Acomodação, não vão porque não querem, se acomodam. Porque se elas fossem à luta, se fosse com mais interesse teriam mais direitos do que

¹¹ Se refere a informação contida na nota de nº 6 da p. 65.

hoje têm. Aqui, as pessoas já têm os seus direitos e sabem dos seus direitos, porque quando as pessoas querem fazer escândalo elas fazem. Como chegar no postinho e não ter ficha e ir direto para a rádio e botar a boca, mas não participam dos grupos, não freqüentam e aí acham que têm o direito de ser atendido mesmo fora dos atendimentos que já foram distribuídos. Se ela fosse nos grupos ela seria mais bem informada e não sairia fazendo escândalo, porque os médicos são bons, são competentes temos vários médicos e tá excelente o trabalho do posto que é fundamental (Usuário 3).

Também é impressionante o que aparece neste último depoimento. As pessoas e comunidades aparecem como culpados pela falta de participação. Parece-me que o problema é mais complexo, e a realidade de não participação é resultado de uma trajetória histórica, de abandono por parte dos governantes, e de expectativa, de passividade dos mesmos para que a população aceite a realidade como ela se apresenta.

Para Demo (1999, p. 21) “as comunidades pobres não o são por descuido ou destino, mas por força de um processo histórico que lhes impõe tais condições” e o mesmo autor diz que

[...] participação é sempre um ato de fé no outro. É acreditar que a comunidade não é destituída, mas oprimida. É assumir que pode ser criativo e co-gerir seu destino [...]. A potencialidade que uma comunidade tem é precisamente o que construiu na história pelas próprias mãos, dentro de condições objetivas dadas (DEMO, 1999, p. 60).

As pessoas precisam de incentivo para participar. E é preciso, devem usar de criatividade para despertar, acordar o povo. Tem uma história de uma comunidade religiosa aqui de perto, onde o Pastor estava muito desestimulado porque não havia participação dos fiéis. Então colocou um cartaz na porta da Igreja, dizendo: “Convite para enterro. Amanhã às 19 horas será sepultada a Igreja”. Esta notícia criou um burburinho na comunidade local que compareceu em massa. Chegando lá, no final da Igreja tinha um caixão e as pessoas fizeram fila para ver do que se tratava. Pois bem, dentro do caixão, tinha um espelho. E este queria dizer que quem estava enterrando aquela Igreja eram os próprios fiéis que não participavam. Deste dia em diante, nas celebrações e nas reuniões existe uma grande participação da comunidade, que quer fazer a sua parte. Então acho que temos que ter criatividade para despertar o povo que está adormecido. Mas, acho que estava bem pior, com as outras administrações (Usuário 5).

Para Boff (1999, p. 35) “o ser humano é um ser de participação, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais o mais igualitárias, justas, livres e fraternas possíveis, dentro de determinadas condições histórico-sociais”.

O depoimento apresentado abaixo por um usuário, participante dos grupos de discussões sobre saúde, e bem atuante, demonstra que a história de desrespeito pelo cidadão e de formação para a manutenção do “staus quo”, tem marcas fortes em todos nós, mesmo quando tentamos nos rebelar.

Quando os governantes dão oportunidade para a gente se manifestar, a gente faz e diz o que acha melhor. Então depende muito da administração em dar oportunidade para a gente discutir (Usuário 2).

Essa visão parece dizer que a participação é uma concessão, quando devem ser vista como uma conquista. Se os gestores não abrem espaços para a participação, a população organizada pode reivindicar ou exigir que isso ocorra.

E sobre isso, lembro de um artigo, lido a muito tempo. Era uma síntese do trabalho que alguns acadêmicos, da área de educação, apresentam a Paulo Freire. O artigo era uma história de uma favela no Rio de Janeiro, onde existiam muitos moradores que gostariam de construir suas casas em mutirão. Os alunos ajudaram, e viram, que a maioria deles eram analfabetos. O grupo, então achou importante, que ao mesmo tempo em que construíssem as casas, tentassem alfabetizar os moradores. No decorrer de seis meses, após as casas estarem construídas, o processo de alfabetização não ocorreu. Conversando sobre o ocorrido, depois de muitos questionamentos, por parte dos estudantes, um dos moradores disse: - “Nóis nunca quis isso!”

Os estudantes concluíram que a construção das casas foi decidida, pelos moradores, por isso aconteceu. Diferente da alfabetização, que foi decidida pelos estudantes. Estes que já vinham estudando muito sobre o método de Paulo Freire não se conformavam de terem sido traídos pela consciência ingênua, e o Paulo

Freire falou-lhes que por mais que tivessem estudado muito, todos nós, muitas vezes, ainda nos pegamos tendo posturas ingênuas e reprodutoras de toda uma postura que não concordamos.

6.3.4 Saber científico x Saber popular

Outro fator que entra como dificultador para o exercício do Controle Social, é a questão do embate ou da falta de diálogo entre diferentes saberes. De um lado o saber hegemônico, dos profissionais da saúde, reproduzindo o discurso e os interesses da classe dominante, que acredita que só tem, ou tem mais valor, o seu saber. De outro lado o saber popular, com toda a sua aplicabilidade e cheio de riquezas.

Pires (1989, p.105) mostra em seu estudo, que o saber médico, ao longo do processo de institucionalização da profissão no Brasil, não era qualitativamente superior ao utilizado por outros práticos no mesmo momento histórico, no entanto, foi o saber que buscava as práticas médicas que se institucionalizou como saber hegemônico. A mesma autora mostra como se deu esse processo e destacou que um dos fatores explicativos para o ocorrido foi a postura de identidade dos médicos e das práticas por eles desenvolvidos com os interesses das classes dominantes, naquele momento histórico.

O saber hegemônico também mudou ao longo da história. Passando do modelo baseado na metafísica, hegemônico da Idade Média, para o modelo biomédico, de base positivista que se estrutura, mais claramente no final do século XIX e influencia grande parte da produção científica em saúde durante todo o século XX, até hoje.

Essas visões apesar de muitos estudos tratarem do modelo médico, dizem respeito ao conjunto das práticas em saúde.

O modelo biomédico caracteriza-se apesar de algumas modificações, na

medida em que se introduzem novos conceitos sobre a etiologia das doenças e, sobretudo nas descobertas de novas técnicas a serem empregados nos diagnósticos. Mas, segundo Helman (1990, p. 104), “a postura predominante ainda é a de investigar a evidência física da enfermidade (disease) e utilizar um tratamento físico (drogas e cirurgia) para corrigir anormalidades subjacentes”.

A dificuldade, muitas vezes para o não estabelecimento de uma relação dialógica com a população, é a de que a população espera dos profissionais, muito mais do que uma relação fria de descobertas de enfermidades, mas sim de que o profissional o veja como indivíduo, dentro de um contexto histórico, pertencente a uma realidade e, sobretudo o que aquela doença (illness) significa para ela. Para que se estabeleça uma relação dialógica, seria necessário que houvesse essa aproximação do profissional médico, da realidade vivenciada pelo sujeito doente. Onde exista uma interação entre os diversos saberes. Saber técnico e o saber popular. Refiro-me ao profissional médico, por ser esta a categoria que tradicionalmente com saberes próprios se manteve mais distanciada da população.

Para Helman (1990, 105)

A doença (illness), [...] é normalmente parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular. É um conceito mais abrangente – embora mais difuso – do que o de enfermidade (disease) e deve ser considerado para a compreensão da maneira como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem aos mesmos.

A gente nota assim que as discussões são ainda num nível muito elitizado. Eu acho que não chegou ainda até a população, até a base. Acho que tem alguma dificuldade assim de entendimento disso aí, talvez pelo fato de ter surgido assim pelos intelectuais, né, não ser uma coisa que surgiu assim da base e acho que têm muitas questões do SUS que têm que ser revistas, que têm que ser rediscutidas (Gestor 2).

Toda a pessoa que tem o acesso à informação e lida diretamente com a população mais carente, teria esse dever de transmitir, só que a dificuldade é como transmitir, porque nem todo mundo tem esse mesmo propósito de fazer com que as pessoas descubram o direito delas. Tem profissional e profissional. Têm profissionais que preferem também aquele lado a pessoa ser mais ingênua, de não saber seus direitos. Então, tudo isso é dificuldade. Tem colegas que têm dificuldade de chegar num posto, de chegar numa pessoa [...] tem aquele medo e esse medo não é de agora, esse medo vem desde a infância, do próprio crescimento da população. É! Cultural! (Trabalhador de Saúde 2).

Esta fala traduz a noção, já bem inculcada nas pessoas, de que o saber popular é o saber errado e o saber científico é o certo. Paulo Freire sobre o saber popular diz, cada um lê o mundo de forma diferente, de acordo com as vivências que tivemos e como acúmulo de experiência que vivenciamos.

Freire (1980, p.34),

[...] não existem senão homens concretos (“não existe homem no vazio”). Cada homem está situado no espaço e no tempo, no sentido em que vive numa época precisa, num lugar preciso, num contexto social e cultural preciso. O homem é um ser de raízes espaço-temporais. Para ser válida, a educação deve considerar a vocação ontológica do homem – vocação de ser sujeito – e as condições em que ele vive: em tal lugar exato, em tal momento, em tal contexto.

Não aceitam e essa aceitação está relacionada à forma como é falada a verdade. É quando o enfermeiro vem para uma palestra, ele fala cientificamente e quando eu estou presente na reunião e vejo que eles não entenderam, eu vou e falo o significado do que ele está falando é isso!. Se as pessoas não entendem elas perdem o interesse. Tem que mudar o vocabulário, [...] tem que falar “errado” muitas vezes para as pessoas entenderem o significado do que a enfermeira está falando. Eu digo como a enfermeira deve falar para que todos entendam. Fala-se a palavra cientificamente certa as pessoas não entendem. Isso faz com que as pessoas não queiram ouvir. Existe uma diferença grande entre a pessoa que está falando e a que está ouvindo (Usuário 3).

Da importância do controle social, da participação, existe ainda uma visão atrasada, que eu diria assim, tem exceções, tem uma boa parte de exceções, mas muitos funcionários nossos, acreditam que o Sistema Único de Saúde há para atender pessoas mais carentes e não entendem a universalidade do sistema. Portanto, quando as pessoas vão lá [os profissionais de saúde sentem-se] estão como dando um favor para aquele cidadão, porque afinal ele não pode pagar, então está indo no SUS, e que, comumente, esse serviço é de qualidade inferior aos outros que são pagos. Então, eu acho que existe muito essa visão, que também atrapalha bastante. O grau de superioridade de alguns funcionários também, que acabam, eu diria assim, abalando a auto-estima, inclusive dos próprios usuários, porque os tornam num patamar inferior de tal profissional, que é impossível ele levantar qualquer tipo de questionamento, qualquer tipo de denúncia (Gestor 1).

Existe ainda, por conta da história de dominação dos profissionais de saúde em relação aos usuários, uma postura de não informação correta e de tratamento das pessoas como se fossem meros objetos.

Acho um desrespeito dos médicos e enfermeiras diante da população e isso acontece, tratam mal, mas eu não me deixo ser pisada e não deixo pisar nos outros. Já aconteceu comigo. Eu defendo qualquer um cidadão que esteja em uma situação delicada, ou sendo maltratado, eu sei agredir direitinho também e não admito que as pessoas sejam pisadas e humilhadas, principalmente os idosos, não admito. Sim, sou uma delegada. Ninguém agride as pessoas perto de mim porque eu não admito. Além de ser um desrespeito com o ser humano, Não admito porque acho que só pelo fato de ser um médico ou uma enfermeira jamais deve desacatar qualquer pessoa, por ser um médico, ele é um médico, mas é um ser humano como qualquer um. Igual àquele que ele tá agredindo, não admito esse tipo de coisa. Mas existe uma profissional que ela é superdelicada, é pessoa. Ela atende na prefeitura a “igualdade” que ela atende no consultório particular dela (Usuário 3).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pude apreender as concepções mais importantes a respeito deste tema e perceber que o Controle Social é viável desde que se enfatize os aspectos facilitadores e haja empenho, na superação dos aspectos impeditivos, ou mesmo dificultadores de sua realização.

Neste trabalho constatei as idéias que os diferentes segmentos envolvidos na assistência em saúde têm a respeito do tema; para um melhor entendimento da temática entrevistei usuários, lideranças comunitárias, gestores e profissionais de saúde, a respeito do entendimento dos mesmos sobre o Controle Social e sobre as possibilidades e os limites para o seu exercício.

Pude perceber que, na realidade estudada, os usuários dos serviços de saúde e as lideranças comunitárias estão mais politizados, e conscientes do seu papel enquanto cidadãos, na luta por saúde e por serviços assistenciais de qualidade. Entendem, também, que o Controle Social é um instrumento fundamental para a conquista deste direito assegurado pela Constituição Federal de 1988. Neste estudo também destacou-se a identidade dos gestores com esta visão dos usuários. Além disso são estes três segmentos que demonstraram maior entendimento do significado e importância do Controle Social.

Os trabalhadores de saúde são os que têm menos clareza sobre o que seja o Controle Social, estão menos sensíveis à participação popular no cotidiano do setor.

Este trabalho permitiu entender um pouco mais a complexidade dos fatores envolvidos na questão do Controle Social, e isso poderia ser utilizado para,

comparativamente com outras realidades, identificar semelhanças e diferenças. Além disso, este trabalho visa a dar subsídios para análises mais profundas, como por exemplo, que sentimentos aparecem ou aparecerão nos trabalhadores de saúde, a partir da publicação deste trabalho; o que poderá ser mobilizado nos profissionais, que hoje trabalham no SUS, e que desconhecem os preceitos do Sistema de Saúde, onde atuam. Considerando-se que o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira teve raízes nas Universidades, diferentemente das propostas de Reformulação da Saúde, na Itália, que iniciou na base sindical, como se explica a realidade encontrada neste estudo, na qual o segmento dos trabalhadores de saúde é o mais conservador que o dos gestores, das lideranças comunitárias e dos usuários? Uma das hipóteses explicativas para o fato é que a realidade estudada é parte do cenário de um município que tem uma administração voltada para os interesses da maioria da população, chamada administração popular, a qual está na sua primeira gestão administrativa. No entanto, fica em questão, que condições, e em que época, foi desencadeada a transformação que permitiu a politização de gestores e usuários e pouco se ampliou no espaço universitário?

Outra questão, que vejo como fundamental, é que os gestores preocupam-se com o ouvir, com o pedir opinião. Isto me lembra o slogan da Prefeitura, nesta administração, que dizia: “Valdeci e você na Prefeitura”. Os usuários, por sua vez, exigem respeito por parte dos profissionais de saúde, desejam serem tratados como sujeitos.

Dentre as lideranças comunitárias, Usuários e gestores, ficou explícita a visão de que saúde está diretamente vinculada às questões de acesso a bens e serviços, além das questões que envolvem o processo saúde/doença, na dimensão individual. Ou seja, o sofrimento é pessoal e subjetivo, mas saúde é determinada por condições de vida.

Sobre o Controle Social ficou evidenciado de que tanto os gestores, os usuários, quanto as lideranças comunitárias, têm o entendimento de que a saúde é um direito assegurado em Lei e que os indivíduos devem participar da condução das

políticas públicas para o setor. 71,42% do segmento dos profissionais de saúde, ou não sabem o que significa Controle Social, ou têm uma visão diferenciada sobre o assunto. Os que têm uma visão diferente da maioria dos outros segmentos demonstram certo receio com a “intromissão” dos “pacientes” no espaço de suas decisões técnicas.

Para Demo (1999, p. 15):

A face mais importante é certamente o fato de que, mesmo tratando-se de serviços públicos definidos como obrigação do Estado, a sociedade controla sua vigência e qualidade, de tal sorte que se mantenha a dimensão de uma prestação devida não de concessões assistencialistas. É a sociedade organizada que define o papel e o espaço do Estado e não o contrário.

Dentre os aspectos facilitadores para o exercício do Controle Social está, sem dúvida, a importância da **conscientização** da população sobre seus direitos de cidadania, incluindo aí o campo da saúde. Essa idéia foi apontada pelos gestores, usuários e lideranças comunitárias. Conscientização, no sentido teorizado por Paulo Freire, com vistas à transformação da realidade. Os entrevistados apontaram a **educação dialógica** como caminho neste processo. Um profissional de saúde, os gestores e uma liderança comunitária apontaram que deveria haver **capacitações** para profissionais de saúde, sobre o SUS e sobre atuação em comunidade.

As lideranças comunitárias enfatizaram que os profissionais de saúde devem saber assuntos específicos de sua área, mas também devem ter conhecimentos sobre a questão comunitária. Vasconcelos traz esta noção da importância dos profissionais de saúde conhecerem a forma de organização da comunidade onde atuam, saber onde as pessoas se reúnem, de que forma se comunicam, saber de sua “cultura local”.

Para Vasconcelos (1999, p. 82):

A ciência que orienta a prática dos profissionais de saúde, ao desconsiderar as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no

processo de adoecimento e de cura dos distintos ambientes e grupos humanos, os deixa insensíveis a muitas dimensões do cotidiano dos moradores.

A maioria dos entrevistados que defende a participação da população no setor saúde considera importante que esta participação ocorra em vários momentos, seja nas Plenárias do Orçamento Participativo, nos grupos existentes na Unidade Sanitária e em outros espaços conquistados pela comunidade, como forma de concretização do Controle Social.

Embora distantes da população, os **Conselhos e as Conferências** aparecem, nos depoimentos das lideranças comunitárias, dos gestores, de poucos usuários e no depoimento de apenas um profissional de saúde, como sendo uma instância importante de Controle Social. Isto acontece, pela distância que existe entre o Conselho Municipal de Saúde e a população em geral. Nos depoimentos de parte desta pesquisa apareceu que a população se organiza de forma a dar conta de suas demandas e necessidades, sendo que destacaram o **Orçamento Participativo** e os **grupos** de discussão existentes na Unidade Sanitária, como os mais importantes espaços de participação e de Controle Social e para proporcionar conquistas naquela localidade.

A postura da administração popular foi outro fator trazido, principalmente pelos usuários, no sentido de possibilitar espaços para que se efetive o Controle Social e a política do Sistema Único de Saúde.

Podemos destacar, que o segmento dos profissionais de saúde esteve quase que alheio ao debate, com exceção de dois profissionais, que têm uma atuação mais direta no sentido das propostas do Movimento Sanitário e do SUS. Todos os demais parecem desconhecer os propósitos do Controle Social. Atuam tratando os usuários como meros objetos no cenário das políticas de saúde. Parecem estar alheios ao que está acontecendo no SUS e também na comunidade onde atuam. Prestam assistência, no caminho inverso ao que é preconizado nas leis 8.080/90 e 8.142/90. Este é um fator limitante para o exercício do Controle Social, pois se houvesse

consonância entre o serviço prestado pelos profissionais de saúde e o esperado/desejado pela população, com certeza poderíamos dizer que temos cidadãos, exercendo a cidadania.

O **Descrédito** é um fator que ficou bem evidenciado por todos os segmentos entrevistados. O descrédito, principalmente com relação aos políticos e às instituições, por não conseguirem operar de forma transparente e séria a máquina pública. Porém, ao mesmo tempo em que existe esse descrédito, por outro lado, existem pessoas que dizem estar participando e segundo algumas delas “as coisas estão melhorando”. Falam que o Orçamento Participativo é uma das principais propostas de participação popular e que traz assuntos para serem discutidos. Ao mesmo tempo, que dizem haver uma abertura, por parte do Executivo, enfatizam que “pode melhorar muito mais”.

Há algumas indicações, por parte dos usuários, de que as coisas parecem estar mudando, no sentido de que existe uma proposta política no município, de tentar ouvir os anseios da população e buscar soluções, também, junto à população.

Outro fator, trazido pelos entrevistados, como fator dificultador do Controle Social, é a forma como fomos educados, dentro da **educação “bancária”**, no sentido usado por Paulo Freire e por conta de toda a nossa história de subserviência ao capital estrangeiro, pelo aumento das desigualdades sociais, falta de emprego, miséria, onde as áreas sociais nunca foram áreas prioritárias, tanto para muitos governos, quanto para os setores privilegiados. Além disso, a falta de liberdade de expressão que dominou o país por 20 anos fez com que muitas pessoas se acomodassem em uma concepção ingênua e um certo **conformismo**. O **imediatismo** é outra questão que foi trazida pelos entrevistados e que é parte e consequência deste processo.

Participação e Desinformação são duas palavras que se relacionaram neste estudo. A pouca participação contribui para manter a desinformação, por sua vez, a desinformação dificulta a participação. As pessoas que detêm um certo conhecimento são mais valorizadas, tornando lógico o jargão que diz: quem sabe

mais, pode mais. Pode mais, também, porque ela se sente com mais força para reivindicar e discutir determinados assuntos. Como diz uma usuária, “isto porque sempre se atribuiu às pessoas com mais informação sobre determinado assunto, uma certa notoriedade”. Isto fica claro, quando se trata de saberes diferentes. As disputas e as diferenças de valores atribuídas ao saber técnico e ao saber popular foi mais um dos fatores que ficaram evidenciados neste estudo.

Saber científico e saber popular, se confrontando, onde o saber científico se sobrepõe ao popular, como se fosse o mais importante. Por conta deste “Saber Técnico” existe a idéia, dos profissionais de saúde, como autoridades. Este “Poder” é usado para justificar posturas autoritárias e que contribuem para a **perpetuação da desigualdade e da dominação**. Os gestores trouxeram a idéia de que esta postura dos profissionais de saúde, de crédito na supremacia do saber científico, se deve muito às Universidades. As Universidades formam profissionais para o mercado de trabalho, e neste o SUS, que constitui-se em um dos importantes espaços de atuação na área de saúde para os profissionais de saúde, e muitos destes recém-formados não sabem nem o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, e muito menos sobre o Controle Social.

Este trabalho me proporcionou muitos prazeres, um deles foi o reencontro com as pessoas que trabalhei durante os quatro anos de atuação naquela localidade, e ver que estas pessoas estão organizadas, que reivindicam o que sabem o que deve ser feito para garantirem os seus direitos enquanto cidadãos. Este estudo, apesar de muitas vezes encontrar-me no meio de muitos textos, revistas, livros, e-mails, páginas eletrônicas, me ajudou muito a ter um entendimento, mesmo que pequeno, da complexidade, que é este tema.

Concluo este trabalho com as palavras sábias de Freire (1997, p. 20),

[...] quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural que é patrimônio de todos, e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREOLA, B. A. **Dinâmica de Grupo**: Jogo da vida e didática do futuro. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- ASSIS, M. M. A. A.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Planejamento em Saúde: uma possibilidade de Ação Participativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 55 - 60, (out)1997.
- ASSIS, M. M. A. A.; KANTORSKI, Luciane; TAVARES, J. L. Participação Social: Um Espaço em Construção para a Conquista da Cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 334 - 338, out./dez. 1995.
- BAIERLE, Sérgio. Experiência do Orçamento Participativo: um oásis no deserto do neoliberal. Disponível em: <<http://www1.portoweb.com.br/ong/cidade/texto3.htm>>. Acesso em: 04 mai. 2002.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do Humano – Compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988.
- BUB, Maria B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- CADERNO DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UFSC, 1999.
- CAMPOS, G de S. A ética e os trabalhadores de saúde. **Revista Saúde em Debate**, CEBES, n. 43, p. 60-63, jun. 1994.
- _____. **Reforma da reforma**: repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. **Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, M.A. Participação social no Brasil hoje. Polis papers. 1998. Nr 2. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/publicacoes/>>. Acesso em 20/07/02

CECÍLIO, Luiz C. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 30-36, set./dez. 1999.

CORDÓN, Jorge. Participação comunitária nos Conselhos Locais de Saúde: dificuldades. **Divulgação**, Rio de Janeiro: CEBES, n. 11, p. 45-47, set. 1995.

Dados de Mortalidade por Coordenadorias Regionais de Saúde SES/RS <<http://www.saude.rs.gov.br>>.

Dados sobre Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Disponível em: <<http://www.undp.org.br/HDR/Hdr96/rdhp1.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2002.

DECRETO ESTADUAL nº 39.582, de 10 de Junho de 1999.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DORNELLES, Soraia. **Tecnologia de participação popular em saúde: a experiência do Planalto Serrano**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

Endereço eletrônico da Prefeitura de Santa Maria – RS (<http://www.santamaria.rs.gov.br>).

Endereço eletrônico da Prefeitura de Campinas – SP (http://www.campinas.sp.gov.br/saude/control_social.html).

FAUNDEZ, Antonio. **O Poder da participação**. São Paulo: Cortez, 1993.

FLACH, Ângela. **Educação em saúde: estratégia para organização popular na busca da cidadania**. Relatório apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 2001.

FRACOLLI, L. A.; SILVA, R. F. Organização dos Conselhos Locais de Saúde, a experiência do município de Marília. **Divulgação**, Rio de Janeiro: CEBES, n. 11, p. 78-81, set. 1995.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao**

pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

_____. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. 2 ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GRAMSCI, Antônio. **Concepção Dialética da História**. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HAUSBERGER, Margarita; WACSMAN, Raquel. Participación de la Comunidad em la Problemática de Salud. Um Modelo Interdisciplinario de Investigación Acción. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 08, n. 01, p. 124 – 130, (jan) 2000.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>. Acesso em: 10 mar. 2002.

JACOBI, P.R. Movimentos sociais e estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: COSTA, N. R. *et al.* **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.

LEI FEDERAL 8.080 de 13 de julho de 1990.

LEI FEDERAL 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

LIMA, Carlos B. **Ação e cidadania: atuação de um grupo de enfermeiros em um comitê comunitário**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MENDES, Eugênio V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MENDES, Eugênio V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria C. S. **A saúde em Estado de Choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

_____. **O desafio do conhecimento**. 7.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A sociedade e os conselhos: críticas e sugestões. **RADIS: FIOCRUZ**, n. 81, jul. 2001.

MOCINHO, Rejane R. **Construindo e analisando uma proposta de instrumentalização de conselheiros de saúde para o exercício do controle social**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MORITA, I.; FIGUEIREDO, M. S.; SILVA, R. M. F. A participação popular na gerência do Sistema Único de Saúde: erros e acertos da experiência de Botucatu – SP. **Divulgação**, Rio de Janeiro: CEBES, n. 11, p. 32-34, set. 1995.

OLIVEIRA, Francisco J. A. de. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. **Saúde em Debate**, Londrina, v 52, p. 67-73, set. 1996.

PERNA, Paulo O de. **O controle social na “Ponta” do SUS: o caso de Pontal do Sul – município de Pontal do Paraná – PR**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

PIRES, Denise E. E. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, M. G. R. M. **Enfermeiro como qualidade formal e política: em busca de um novo perfil**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

PONT, Raul. **Democracia, Participação, Cidadania: uma visão de esquerda**. Porto Alegre: Palmarinca, 2000.

PORTARIA SES/99 nº 11/99 de 26 de Agosto de 1999.

RAMOS, Célia L. Participação popular nos Programas de Saúde. In: MINAYO, M. C. S. (org). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

RÊGO, João. **As bases sócio-econômicas dos partidos políticos no Brasil: 1982/90**. Tese (Mestrado), 1993. Retirado da página: <http://www.fundaj.gov.br/docs/impos/cpoli/pesquisa/resumo-pesquisa.htm>

RELATÓRIO da 1ª Conferência Estadual de saúde. Passo Fundo, RS, 1991.

RELATÓRIO da 2ª Conferência Estadual de saúde. Porto Alegre, RS, 1996.

RELATÓRIO da 3ª Conferência Estadual de saúde. Porto Alegre, RS, 2000.

RELATÓRIO FINAL DA VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.

RODRIGUES Nelson dos S. *et al.* A prática do controle social através dos Conselhos de Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro:

CEBES, dez. 2000.

SANTA MARIA. Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde**. 2000 – 2001.

SILVA, Geovani G. A.; EGYDIO, Maria V. R. M.; SOUZA, Martha C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 37-42, set./dez. 1999.

SOUZA, Tarso G. U. **Orçamento participativo. A experiência de Porto Alegre**. 2.ed. Porto Alegre: Fundação Perseu Abramo, 1997.

SOUZA, L. A. G. **O dilema da participação**. São Paulo: Loyola, 1981.

_____. As CEBs vão bem, obrigado. **Revista Eclesiástica Brasileira**, Petrópolis: Vozes, n. 237, mar. 2000.

TIERRA, Pedro. Para nascer, nascemos... **Jornal do Partido dos Trabalhadores**. Notícias, n. 100, fev. 2001. Retirado da página <http://www.pt.org.br>.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

WENDHAUSEN, Àgueda. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Requerimento enviado ao Secretário de Município da Saúde de Santa Maria**

Ao
Secretário de Município da Saúde de Santa Maria
Fabiano Pereira

Santa Maria, 01 de janeiro de 2002.

Prezado Secretário!

Venho através deste solicitar consentimento para entrevistar os profissionais de saúde, da Unidade Sanitária Oneyde de Carvalho, nos meses de janeiro e fevereiro de 2002. Esta entrevista conta com um roteiro semi-estruturado e tem por objetivos apreender as visões sobre Controle Social, bem como identificar os limites e as possibilidades para o seu exercício. Estas entrevistas serão analisadas, com a finalidade de obtenção do título de Mestre em Enfermagem e serão publicadas sob o título “Controle Social em Saúde: Possibilidades e Limites”.

Estando certa de sua compreensão e consentimento, despeço-me.

Atenciosamente

ÂNGELA FLACH
Mestranda em Assistência de Enfermagem

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL: UFSC/UFSM/UNIFRA/UNICRUZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a finalidade de obter o seu consentimento por escrito para participar de entrevistas, com os profissionais de saúde, na Unidade Sanitária Oneyde de Carvalho, pertencente a Prefeitura Municipal de Santa Maria, no mês de janeiro e fevereiro de 2002.

Através deste documento declaro que fui informada dos objetivos, justificativa e metodologia referentes à entrevista para o trabalho “Controle Social em Saúde: Possibilidades e Limites”, do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que os nomes das pessoas envolvidas não serão utilizados em nenhum momento.

A qualquer momento lhe será dado o direito de desistir da participação no grupo.

Será garantido o acesso aos resultados e anotações em qualquer momento do estudo.

Serão registradas em um diário de campo, e através de gravação em fita K7, para posterior utilização acadêmica.

Desde já agradeço a colaboração, e se julgar necessário você poderá entrar em contato comigo, deixo meu endereço e telefones para contato.

Responsável: Ângela Flach

Rua Silva Jardim, 1876 apto 404.

Bairro: Centro

CEP 97010 492

Santa Maria – RS

Fone: 222 5993 ou 9975 3507

Orientadora: Denise E. Peres de Pires

Eu, _____ consinto em participar desta entrevista, desde que se respeite a condição acima.

Data: _____ Local: _____

Assinatura do participante ou Assinatura do responsável

APÊNDICE C
Roteiro para entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. O que você entende por controle social em saúde? Com base na sua experiência diga, Como pode ser (ou como deveria ser) feito o controle da população sobre os serviços de saúde?
2. Que fatores você acha que facilitam o controle social em saúde:
3. Que fatores você acha que dificultam o controle social em saúde:

ANEXOS

ANEXO A

Organograma da Secretaria de Município e Meio Ambiente

