

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**A EXPRESSÃO DO PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE
NO CONTROLE SOCIAL**
Uma visão de conselheiros de saúde

MARIA ELIZABETH PEIXOTO LUNA

Florianópolis
2003

MARIA ELIZABETH PEIXOTO LUNA

**A EXPRESSÃO DO PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE
NO CONTROLE SOCIAL**
Uma visão de conselheiros de saúde

Dissertação apresentada para
obtenção do grau de Mestre ao
programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Universidade Federal
de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Suely Grosseman

Florianópolis
2003

Ao meu pai, pelo incentivo desde a infância e à minha filha Isabella, para quem espero um país integralmente democrático.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Alcides Ramos Carneiro, pelo incentivo, colaboração e tolerância no dia-a-dia, sem os quais eu não teria realizado este trabalho;

Ao professor Alcides Rabelo Coelho, por compartilhar seu saber durante a orientação;

À professora Suely Grosseman, pela amizade e pela imprescindível co-orientação nesta primeira caminhada pelo estudo qualitativo;

À minha mãe, pelo apoio, sempre que precisei, à minha irmã Graça, pela ajuda com a transcrição de entrevistas e à minha sobrinha Gabriela, pelos socorros eventuais;

À amiga Clair Castilhos Coelho, pela colaboração e por ceder seu precioso arquivo bibliográfico sobre saúde da mulher; às demais companheiras da “Casa da Mulher Catarina”, principalmente à Neusa Dias, Vera Fermiano e Magda Scherer, pelo apoio e por cederem espaço para realização das entrevistas no evento de conselheiros de saúde;

Aos professores Erni Seibel, Marco Da Ros e Maristela Sisson por aceitarem integrar a banca examinadora;

Às professoras Sandra Caponi e Elza Berger Coelho, pela contribuição no processo de qualificação de projeto;

Às amigas de longa data, Rosana Proença de Paola, Maria Alice Altenburg de Assis e Miriam Alice do Lago pela ajuda de sempre;

Aos professores e colegas do curso de Pós Graduação em Saúde Pública, por ajudarem a manter acesa a chama e pela troca de experiências e idéias;

Ao Secretário Municipal de Saúde, Doutor Manoel Américo Barros Filho, por autorizar meu afastamento para cursar o mestrado;

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde que além de compreender minha ausência me incentivaram, especialmente ao Silvio Pieper e à Rita de Cássia Heizen Coelho;

Aos amigos e colegas de percurso na área de Saúde Pública, com minha maior admiração e solidariedade;

Meus agradecimentos muito especiais aos conselheiros de saúde que participaram deste estudo, pelas reflexões conjuntas e pelo muito que aprendi.

UTOPIA

Ela está no horizonte...

Caminho dez passos, ela se afasta dez passos.

Corro cem metros, ela se afasta cem metros.

Por mais que eu a persiga, jamais a alcanço.

Então para que serve a **utopia**?

Serve para isso: para fazer caminhar.

(Poema de Eduardo Galeano)

SUMÁRIO

Capítulo subcapítulo item		Página inicial
	LISTA DE QUADROS	8
	RESUMO	9
	ABSTRACT	10
I	INTRODUÇÃO	
1.1	O Estudo e suas questões norteadoras	12
1.2	Objetivos	16
II	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
2.1.	Dos movimentos sociais ao controle social	18
2.1.1	Os movimentos sociais	19
2.1.2	O movimento sanitário em Santa Catarina	22
2.1.3	O movimento de mulheres em Santa Catarina	25
2.2.	A participação popular institucionalizada frente à pressão neoliberal	28
2.2.1.	Os conselhos de saúde	32
2.3	Universalidade, Eqüidade e Integralidade: direitos humanos e princípios do SUS	41
	Universalidade	44
	Eqüidade	46
	Integralidade	49
2.4.	Uma aproximação concreta ao significado de integralidade: o PAISM	54
III	PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	59
IV	O MÉTODO	
4.1.	A abordagem do estudo	61
4.2.	O tipo de estudo e seus sujeitos	62
4.3.	O trabalho de campo	
	Coleta de dados	64
4.4.	A análise dos dados	67
V	OS RESULTADOS	
5.1.	Apresentando os sujeitos do estudo	
5.1.1.	Os cidadãos conselheiros que participaram do estudo	72
5.1.2.	Como os entrevistados se tornaram conselheiros de saúde	75
5.2.	A percepção dos conselheiros sobre o funcionamento dos conselhos	
5.2.1.	A composição: da paridade à representatividade	76
5.2.2.	As relações internas de poder	78
5.2.3.	A atuação	81
5.3.	Os conselheiros frente aos princípios do SUS	

5.3.1.	Os princípios do SUS na visão dos conselheiros	83
5.3.2.	A concepção de saúde integral	86
5.3.3.	A viabilidade dos princípios doutrinários do SUS	94
5.4	A inserção do tema "saúde da mulher" nos conselhos	
5.4.1	Os temas mais frequentes nas plenárias	96
5.4.2.	O tema saúde da mulher	100
5.4.3.	Uma abordagem diferenciada na atenção à saúde da mulher?	102
5.4.4	Para obter uma atenção à saúde da mulher mais qualificada	104
5.5.	Perspectivas de potencialização do controle social	110
VI	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
6.1.	A organização dos conselhos de saúde	115
6.2.	A expressão dos princípios do SUS nos conselhos de saúde	
	Integralidade, equidade e universalidade para todos	131
	A concepção de saúde integral	134
	A viabilidade do princípio de integralidade na visão dos conselheiros	138
	A inserção do tema "saúde da mulher" nos conselhos	143
6.3.	Perspectivas de potencialização do controle social	152
VII	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
VIII	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
	Lista de Siglas	173
	ANEXO – Formulário de Entrevista	175

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Categorias identificadas pelos conselheiros de saúde relacionadas com saúde completa ou integral92/93

Quadro II - Assuntos mais freqüentemente abordados nas reuniões plenárias dos conselhos municipais de saúde, segundo os entrevistados.....98

Quadro III - Assuntos mais freqüentemente abordados nas reuniões plenárias do CES e do CNS, segundo os entrevistados99

Quadro IV - Sugestões dos conselheiros entrevistados para direcionar a atenção à saúde da mulher à noção de integralidade109

Quadro V - Principais fatores apontados em estudos, pesquisas e relatórios referentes ao controle social da saúde, que atuam negativamente no desempenho dos conselheiros130

A EXPRESSÃO DO PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE NO CONTROLE SOCIAL

Uma visão de conselheiros de saúde

RESUMO

O princípio da integralidade compõe, associado ao princípio da universalidade e ao princípio da equidade, a tríade doutrinária do Sistema Único de Saúde, o SUS. Enquanto, em ambiente adverso, a universalidade do sistema já assumiu caráter “excludente” e a equidade busca orientações para sua concretização, a integralidade permanece no esquecimento. Embora seja reconhecidamente relevante, do ponto de vista finalístico, a integralidade não tem sido estudada ou debatida suficientemente. Por outro lado, o controle social é a forma legal e institucionalizada da participação popular no SUS. Através dos conselhos de saúde, possui a responsabilidade de zelar pelos princípios que fundamentaram todo o processo da reforma sanitária. Assim, este estudo tem por objetivo avaliar a expressão do princípio da integralidade em saúde no âmbito do controle social, considerando as percepções de conselheiros de saúde. O grau de aproximação dos conselheiros ao tema é desconhecido, sejam estes trabalhadores de saúde, gestores, prestadores privados ou usuários. Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem dialética. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada em profundidade. Foram selecionados dez conselheiros de saúde, a partir da lista de inscrição em um evento estadual de conselheiros de Santa Catarina. A seleção contemplou conselheiros de todas as instâncias (municipal, estadual e nacional) e segmentos legalmente representados nos conselhos (usuários, prestadores de serviços de saúde públicos e privados/contratados e profissionais de saúde). Os resultados traduzem as percepções dos conselheiros entrevistados sobre três eixos temáticos desenvolvidos: no primeiro, *Os conselhos de saúde*, são tratados os assuntos referentes à organização e composição dos conselhos, o processo de relacionamento interno, a percepção do desempenho dos conselheiros e os fatores que motivaram o ingresso no controle social. No segundo eixo temático, *A expressão do princípio de integralidade*, é abordada a concepção de saúde integral, a relação integralidade/universalidade/equidade, discutindo-se também as condições de materialização da integralidade nas ações de saúde, especialmente a partir da política de atenção integral à saúde da mulher. O terceiro eixo, *Perspectivas de potencialização do controle social*, são analisadas as expectativas e sugestões dos conselheiros para aprimoramento do controle social. Observou-se que o princípio de integralidade não era conhecido por parte de alguns conselheiros, sendo mais conhecido na medida em que se ascende às instâncias dos conselhos. As condições para sua concretização são discutidas com apoio de revisão bibliográfica, resultando em alguns requisitos imprescindíveis, entre os quais a percepção de que os princípios doutrinários do SUS só poderão ser concretizados se tomados simultaneamente, pois são interdependentes. Os conselhos de saúde, por sua vez, ainda enfrentam problemas de organização e de ausência de estatutos capazes de romper valores clientelistas cristalizados na sociedade brasileira. O controle social necessita adquirir visibilidade e ser fortalecido mediante um processo de educação continuada e em rede. Sob outro ângulo, é possível afirmar que os conselhos de saúde significam uma experiência singular e preciosa para o processo de consolidação democrática do país. Embora a institucionalização dos movimentos sociais junto à gestão do SUS, por si só, não possa garantir eliminação das iniquidades e tampouco a garantia de vigência plena do direito universal e integral à saúde, a expressiva condição dos conselhos de saúde comprova sua vitalidade atual.

Palavras-Chave: Controle Social; Fortalecimento do Controle Social; Conselhos de Saúde; Princípios Doutrinários do SUS; Integralidade; Universalidade; Equidade; Concepção de Saúde Integral.

The Meaning Of The Integrality Principle In The Social Control

A vision of councilors of health

ABSTRACT

The integrality principle, associate to the universality and to the equity principles, composes the doctrinaire triad of the System Unique of Health. While, in adverse conditions, the universality of the system already assumed “excluding” character and the equity search orientations for your materialization, the integrality remains in the forgetfulness. However be admittedly important, in a health practices point of view, the integrality hasn't been being studied or debated sufficiently. On the other hand, the social control is the legal and institutionalized form of popular participation in the USH and through the health council it owns the responsibility of guarding those fundamental principles of the sanitary reform process. Thus, this study has for goal evaluate the meaning of the integrality in health principle on the social control scope, considering the perceptions of councilors of health. The approach degree of the councilors to the theme is unknown, whatever they are workers of public health, managers, workers of private health or users. This is a qualitative study, with dialectic boarding. The data collection was going accomplished through semi-structured interview in depth. They were going selected ten councilors of health, from the registration list in an event of councilors in the state of Saint Catarina, South Brasil. The selection contemplated councilors of all the instances (municipal, state and national) and segments legally represented in the councils (users, workers of public and private health services and professionals). The results translate the councilors interviewees perceptions about three developed thematic axes: in the first, *The health councils*, are treated the referring subjects to the councils organization and composition, the internal relationship process, the performance perception of the councilors and the factors that motivated their ingression in the social control. In the second thematic axis, *The meaning of the integrality principle*, is boarded the integral health conception, the relation integrality/universality/equity, arguing also the conditions for the materialization of the integrality in the health actions, especially from the policy for integral attention to the woman's health. In the third axis, *potencialize social control perspectives*, are analyzed the expectations and suggestions of the councilors for social control refinement. It was observed that the integrality principle wasn't well known by some councilors, being more well known in the measure where ascends the councils instances. The conditions for your materialization are argued with support from bibliographical revision, resulting in some essential requisites, between which ones the perception that SUH's doctrinaire principles can only be formalized if taken simultaneously, because they are interdependent. The health councils, however, still face organization problems and absence of able statutes that can break a clientele political system crystallized in the Brazilian society. The social control needs to acquire visibility and to be strengthened by an permanent education and in net processes. Under other view, it is possible to affirm that the health councils mean a singular and precious experience for the country democratic consolidation process. However institutionalize the social actions close to SUH's administration, by itself, can't guarantee iniquities elimination and neither warranty the validity for full universal and integral right to the health; the health councils expressive condition proves your current vitality.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

1.1. O Estudo e suas questões norteadoras

Este estudo, de modo geral, está voltado à observação do desempenho do Controle Social quanto ao seu papel de vigilantes dos princípios doutrinários do SUS e especificamente quanto à integralidade na atenção à saúde, transformado em um dos mais relevantes princípios do SUS - Sistema Único de Saúde.

A preocupação com a integralidade esteve presente desde o início do projeto, sempre com a expectativa de vê-lo materializado em ações de saúde. Antes disso, foi necessário o reconhecimento, através do trabalho cotidiano com planejamento em saúde pública, de que alguns princípios adotados pelo SUS para sua condução já tinham sido operacionalizados, enquanto que outros ainda não.

Na realidade, os princípios concretizados mais rapidamente, são os denominados princípios organizativos do SUS, entre os quais encontra-se a descentralização dos serviços de saúde, a hierarquização e a participação popular. Estes princípios vêm sendo operacionalizados com a ajuda de leis ou de normas institucionais, ao passo que nenhum dos princípios doutrinários – a universalização, a equidade e a integralidade - encontrou sua realização plena. Além disso existem problemas conceituais para a definição mais precisa destes princípios e até mesmo quanto ao grau de interdependência que possuem entre si. Isto constituiu o ponto inicial de reflexão. Refere-se, como afirma Minayo (1994b), à uma vinculação entre o pensamento e a ação, pois nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido um problema na vida prática, anteriormente.

Uma outra questão importante, e também presente desde a idéia inicial do projeto, era o fato de admitirmos que o princípio da integralidade tinha encontrado um caminho para sua operacionalização anteriormente à implantação do SUS, por intermédio do PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, mas que hoje, pelo menos aparentemente, havia perdido seu vigor e sua relevância. Foi necessário refletir sobre as condições que permitiram a viabilização do PAISM na década de oitenta e o que ocorreu posteriormente.

Retrocedendo o olhar, observa-se a importância dos movimentos sociais há mais de duas décadas, atuando como verdadeiros catalisadores na legitimação e consolidação dos princípios do SUS. Inseridos nos movimentos sociais estavam o movimento sanitário (SCOREL, 1998; LUZ, 1991; MENDES, 1993) e o movimento feminista, ambos fundamentais para que ocorresse a transformação das necessidades femininas em ações, quando se ampliou o campo de visão na formulação do PAISM (LINHARES, 2001, LUZ, 1991).

A partir destas considerações é que surgiram as questões norteadoras do estudo: estariam os movimentos sociais, hoje representados nos conselhos de saúde, realmente interessados em defender o princípio de integralidade, desejando sua materialização em ações de saúde? Que significado possui a integralidade para os diferentes segmentos e instâncias representados nos conselhos de saúde? Como os integrantes dos diferentes segmentos percebem a interface entre integralidade, universalidade e equidade? Manteriam também a expectativa de concretização desses princípios? De que forma estes

representantes da sociedade imaginam que o controle social possa colaborar para a operacionalização da integralidade? E a saúde da mulher, que relevância possui a partir do segmento, instância, sexo e grupamento a partir do qual é observado?

Diante das questões, a escolha dos conselheiros de saúde como sujeitos do estudo foi imediata. Os conselhos de saúde são espaços de exercício da cidadania, de expressão de conflitos e de formulação de acordos capazes de assegurar os direitos constitucionais e os princípios declarados pelo SUS. Em razão disso, seus membros constituem sujeitos de grande valor para este estudo.

No princípio, a intenção era realizar um estudo através de método quantitativo, complementado pelo qualitativo e fundamentado nos procedimentos experimentais da avaliação de políticas de saúde. Estes métodos, segundo Minayo (1994a), não se opõem, mas sim se complementam.

Durante a elaboração do projeto, em razão das reflexões originadas da revisão bibliográfica, a decisão foi optar exclusivamente pelo caminho metodológico qualitativo, entendendo ser este o mais apropriado para o alcance dos objetivos delineados. A utilização do método quantitativo é muito proveitosa na investigação das qualidades primárias de um objeto, ou seja, a quantidade. Já o método qualitativo, é o mais recomendado para estudar as qualidades secundárias, aquelas que não podem ser quantificadas, como o universo de significados dos seres humanos em suas ações e interações sociais (MINAYO, 1994b; GROSSEMAN, 2001). As respostas às questões colocadas nesse estudo não teriam visibilidade completa a partir de relações estatísticas entre os fatos e sujeitos apontados e assim, a pesquisa quantitativa teve que ser descartada.

Para situar a escolha do método qualitativo e mais adiante, a opção pela abordagem dialética, é importante uma rápida contextualização do desenvolvimento da noção de integralidade em saúde no Brasil.

As políticas de saúde são determinadas principalmente pelo enfoque econômico vigente, norteadas por algumas tendências acadêmicas e fortemente influenciadas pela capacidade de inserção dos movimentos sociais no campo da saúde. É neste último ponto que vamos focar este estudo. No Brasil, a negociação entre os interesses do poder público da área da saúde e os interesses de diversos segmentos sociais foi gerada pelos movimentos sociais desencadeados nas décadas de 70 e 80, onde se incluem reconhecidas expressões do processo de redemocratização do país (MENDES, 1993).

Após 1964, culminando com o Ato Institucional nº5 (1968), o regime autoritário instaurado no país, utilizando-se da repressão, suprimiu todas as mediações existentes entre o Estado e a sociedade. Paralelamente, a concentração de renda derivada da política econômica desenvolvida após os anos 60, produziu indicadores de saúde alarmantes: altíssima mortalidade infantil, epidemias de meningite, expansão da poliomielite e elevados níveis de desnutrição (ESCOREL, 1998).

Com o fim do “milagre econômico” e a perda de espaço político após as eleições de 1974, surgiram as dificuldades que forçam a abertura política, jogando nesta arena novos atores sociais, até então excluídos do processo de decisão das ações de governo, e dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário (MENDES, 1993).

É neste cenário de crise que a sociedade civil brasileira desenvolveu um sólido movimento pelo direito à saúde, como reação à precariedade das condições sanitárias e à ineficácia dos serviços

públicos. Neste processo se associaram sindicatos, partidos, movimento de mulheres e o movimento estudantil, dos médicos residentes e de profissionais de saúde, entre outros.

A partir daí, se desenvolveu o pensamento contra-hegemônico no movimento sanitário, mas com pouca capacidade de interferência nas decisões institucionais. Esta experiência acumulada iria traduzir os projetos desenvolvidos posteriormente, na década de 1980, desde o Prev-saúde até as Ações Integradas de Saúde que, independentemente de sua operacionalização (ESCOREL, 1998), são os precursores do SUS.

Um dos produtos mais significativos da influência sobre políticas públicas de saúde pode ser avaliado quando, ao final dos anos 70, o movimento organizado de mulheres em sintonia com o movimento sanitário, formulou o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, implantado em 1983 pelo Ministério da Saúde. Foi um momento de entusiasmo na sociedade civil, com a redemocratização nascente e com a proposta do Estado de Bem-Estar Social que precedeu a campanha das “Diretas já” e a instalação da “Nova República”. A base conceitual do PAISM está constituída pela noção de integralidade, que mais tarde foi legitimada como um dos princípios da reforma sanitária brasileira, encontrando-se também inscrita na Constituição Federal de 1988, Capítulo da Saúde. Ao lado da universalidade, da participação popular, da descentralização e da equidade, a integralidade compõe os princípios que devem nortear as políticas, as estratégias de organização e as ações finalísticas voltadas à saúde.

Hoje, os avanços obtidos no plano jurídico e institucional pelo processo da Reforma Sanitária são reconhecidos por muitos autores, porém deixam muito a desejar no âmbito das práticas de saúde. Passados quase quinze anos de SUS, enquanto o princípio da universalidade assume características diferentes das que foram planejadas (FAVERET & OLIVEIRA, 1990), os princípios da integralidade e da equidade estão ainda mantidos no plano abstrato e não foram contemplados por nenhum dispositivo legal ou operacional que incentivasse seu avanço material. Do ponto de vista finalístico, estes dois princípios são fundamentais, partindo-se do pressuposto de que se deseja assegurar os direitos universais à saúde como parte indissociável dos direitos humanos. O debate conceitual, então, se impunha em primeiro plano, como base para as políticas a serem implementadas.

Mas este debate não se deu em tempo hábil, pelo fato de que as pressões neoconservadoras desenvolvidas sobre o país na última década favoreceram a interrupção, senão inversão, do projeto da Reforma Sanitária. Há um confronto onde estão, de um lado, a Constituição Federal de inspiração social democrata, associada ao projeto da reforma sanitária, ambas refletindo a ampla participação social, e de outro lado, a imposição do projeto neoliberal que se instalou no Brasil desde o final dos anos 1980.

Todos os princípios que integram a base teórica do movimento sanitário e que foram incorporados ao SUS se contrapõem à realidade da exclusão, da dicotomia preventivo/curativo e da fragmentação e deterioração da qualidade na atenção, tão criticados pelos movimentos sociais dos anos 1970 e 1980. Conforme reafirma GARDUÑO (2000), estes princípios são justamente a negação da presente estratégia da focalização, preconizada no atual contexto neoliberal e que se concretiza por meio da seleção de grupos populacionais, para os quais se implementam estratégias de cuidados voltadas à resolução de determinados problemas. De acordo com o alerta de Berlinguer (apud COELHO, 1998), “tudo isto está transformando a saúde para todos em saúde para poucos”.

Este impasse entre as normas constitucionais vigentes e a ação governamental, também gerou motivação para este estudo, pois é quando nos indagamos se os atores dos movimentos sociais não estariam inquietos com esta contradição.

Na perspectiva da integralidade, não é conhecido o grau de aproximação dos conselheiros ao tema, sejam estes trabalhadores de saúde, gestores ou usuários. Esta lacuna nos instiga, pois ainda que tenha sido implementado pelo PAISM e que o movimento de mulheres continue muito bem engajado e atue no controle social via Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), e também com representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), não se conhece a realidade da situação nos estados e municípios. Em que grau as propostas vinculadas aos movimentos de mulheres poderiam ter visibilidade junto aos conselheiros de saúde?

O débito do Sistema Único de Saúde para com seus princípios doutrinários é visivelmente grande, deixando para o governo de Luis Inácio Lula da Silva a responsabilidade de pensar soluções para essa lacuna ética. Uma tarefa como essa certamente envolve questões bastante complexas, entre estas a clareza conceitual e dos significados que envolvem os princípios do SUS, não somente no âmbito acadêmico mas também junto da interpretação popular ou de seus representantes, captando-a de movimentos sociais ou de suas entidades organizadas.

Assim, o contexto histórico em que foram gerados os acontecimentos necessariamente faz parte da análise dialética que iremos abordar. Por outro lado, quando nos referimos ao conceito, pretendemos chegar à explicitação dos signos e de seus significados junto aos sujeitos do estudo, o que se tornará possível com o uso da hermenêutica.

Finalmente, o que esperamos é que o estudo permita mais do que apreender significados, promover a reflexão e a ação, e quiçá contribuir para irmos mais além, se puder impulsionar medidas que venham a instituir de fato, princípios conquistados nas lutas pela reforma sanitária.

Este estudo consta da seguinte estrutura:

- Capítulo I, que é composto pela introdução e objetivos, no qual pretendemos esclarecer o propósito do estudo, sua justificativa e objetivos;
- Capítulo II, onde apresentamos uma revisão bibliográfica, que comporta uma primeira parte sobre os movimentos sociais relevantes para o controle social do SUS, contextualizando sua criação, sua institucionalização legal e seu percurso até a atualidade; e uma segunda parte, na qual abordamos as noções democráticas que originaram os princípios doutrinários do SUS, o cenário político-econômico que se sucedeu e a aproximação operacional ao significado de integralidade através do PAISM;
- Capítulo III, no qual apresentamos os pressupostos do estudo;
- Capítulo IV, que contém o método adotado para o estudo;
- Capítulo V, com a descrição dos resultados;
- Capítulo VI, no qual realizamos a discussão dos resultados, associando os dados empíricos à literatura e aos pressupostos do estudo;
- Capítulo VII, com as considerações finais e sugestões para novos estudos e intervenções.

Chamamos atenção ao fato de que, no capítulo V (resultados), encontram-se descritos os dados, tal como foram expressados pelos entrevistados, categorizados em grupos e subgrupos mas que, ao contrário do que habitualmente se observa na produção quantitativa, encontram-se em seu estado original, sem interferência da pesquisadora ou do referencial teórico. Recomendamos portanto, para quem espera chegar às análises, que remeta-se ao capítulo VI, consultando o capítulo V se desejar.

1.2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Conhecer a expressão do princípio de integralidade em saúde no controle social, através das representações e atitudes de conselheiros de saúde.

Objetivos Específicos

- Identificar os procedimentos e ações concebidos pelos conselheiros, como expressão concreta da integralidade em saúde;
- Avaliar e comparar as diferentes concepções de integralidade e suas associações nas instâncias e segmentos representados pelos conselheiros de saúde;
- Identificar, entre os conselheiros, as expectativas de intervenção que possam assegurar a materialização do princípio de integralidade ou dos demais princípios doutrinários do SUS, no contexto atual;
- Analisar o contexto atual dos conselhos de saúde, segundo a visão dos conselheiros;
- Contribuir com o processo de reflexão sobre o papel do controle social do SUS.

CAPÍTULO II

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Dos movimentos sociais ao controle social

O termo controle social, no sentido empregado pela sociologia clássica, atende a uma noção contrária a esta que temos utilizado na área da saúde, pois é referido genericamente por diversos autores, entre eles Durkheim, como o processo disciplinador de obtenção de conformidade dos indivíduos ao sistema, através de sua submissão às normas e pressões da sociedade.

Correia (2000) afirma que, para alguns autores provenientes das ciências políticas e econômicas, o controle social seria realizado pelo Estado através da implementação de políticas sociais, com o objetivo de abrandar conflitos sociais ocasionados pelos efeitos da expansão do capital. Esta autora alerta que o campo das políticas sociais é contraditório pois, pela sua aplicação, o Estado controla a sociedade, mas incorpora simultaneamente suas demandas.

Segundo O'Donnell & Ozlak (1987), o processo das políticas sociais pode ser compreendido também como um processo de constituição de cidadania onde, ao lado das ações assistencialistas, os benefícios e os impactos devem ser concebidos como processo fundamental de uma dialética de construção de cidadania.

Para Carvalho (1995), o que há na atualidade, é um certo consenso entre a maioria das abordagens teóricas contemporâneas, desde as correntes abrigadas no neoliberalismo até as classificadas como pós-marxistas, que passaram a admitir que a relação Estado-sociedade supõe alguma forma de representação dos diferentes segmentos sociais e de um certo reconhecimento de seus interesses e projetos, no que diz respeito ao próprio Estado.

Esta postura teórica, que revela uma nova concepção da relação entre o Estado e a sociedade, ganha sentido junto ao significado que o termo controle social assumiu, desde que vem sendo aplicado à área da saúde no Brasil.

Ribeiro (1997), ressalta que o controle social tem se mostrado como a principal inovação política do SUS e este conceito básico de pactuação política passou a penetrar também as relações intergovernamentais, influenciando a criação das comissões intergestores bipartite (CIB) e tripartite (CIT). Esses espaços de conflito e de pactuação política, sob a denominação genérica “ação coletiva”, são teoricamente debatidos e traduzidos como a adaptação do estado capitalista contemporâneo ao conflito entre as lógicas da acumulação da equidade.

O mesmo autor remete-se à Habermas que, refletindo sobre o estado de bem-estar social, aponta a tendência da ideologia da livre troca ser superada por um programa substitutivo orientado pelas consequências sociais e de este estado compensar as disfunções do livre intercâmbio. E também cita Offe que, em concordância com Habermas analisa o Estado de bem-estar social como

estrategicamente voltado a viabilizar a força de trabalho como mercadoria e a operar a substituição da política pela intervenção técnica. Deste modo, as políticas públicas respondem a estratégias redistributivas sancionadas eleitoralmente, como também à ação dos grupos de interesses e aos mecanismos de pactuação desenvolvidos.

Entretanto, este arranjo passou a entrar em crise na Europa ao final dos anos 70 e de modo mais intenso nos anos 80, já pressionado pelo pensamento neoliberal. Assim, afirma Ribeiro (1997), quando a crise do Estado de bem-estar social consegue chegar ao debate brasileiro, as soluções neoliberais que haviam sido propostas no cenário dos países europeus, vêm a ser apresentadas a um país que não havia experimentado em sua plenitude a aplicação integral do programa substitutivo do capitalismo.

Almeida (2000), também chama atenção para o fato de que as reflexões sobre o esgotamento do Estado de bem-estar social e o advento das propostas neoliberais são feitas tendo por base os países capitalistas desenvolvidos da Europa, que desenvolveram em maior ou menor grau, habilidades para extrair e distribuir recursos, destinando boa parte deles para a promoção do desenvolvimento social. Não é o caso dos países latino-americanos, onde há grande dependência econômica externa, além de enormes iniquidades internas.

Mas, naquele momento, quando as idéias neoconservadoras tocaram o país, já haviam sido definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), os direitos do cidadão e os deveres do Estado relacionados às políticas de saúde. Esta conferência marcou um momento histórico e irreversível, com aproximadamente cinco mil participantes de diversas tendências políticas. Foi quando os movimentos sociais puderam se expressar definitivamente sobre a reforma sanitária em curso.

Embora o objeto deste estudo esteja voltado a uma observação da atuação do controle social e não às origens de sua constituição, torna-se oportuno revisar a influência que os movimentos sociais do século XX, especialmente durante os últimos anos da década de 60 e toda a década de 70, exerceram tanto no país quanto em Santa Catarina, na área da saúde.

2.1.1. Os movimentos sociais

Um movimento social, segundo Touraine(1991), está composto por dois aspectos inseparáveis: o primeiro é um aspecto conflitivo, que consiste no enfrentamento de um ator com outro ator social, como, por exemplo, uma classe social com outra classe social. É um enfrentamento que ocorre no interior de uma relação de poder, de dominação social. E o segundo aspecto é uma orientação positiva que ocorre na direção de valores centrais de uma sociedade. Assim, o autor concebe movimentos sociais envolvendo um conflito entre atores opostos, com base na polarização de modelos sociais, mas estes atores mantêm vínculos em comum nas orientações culturais. Se não existem dois elementos, não há movimento social. O movimento social é, para Touraine, muito mais do que a defesa de interesses particulares. É uma vontade de construir ou de reconstruir a sociedade em seu conjunto, de maneira favorável aos interesses de um grupo.

Scherer-Warrem & Rossiaud (1999), chamam atenção para o fato de que os movimentos contemporâneos, os movimentos urbanos e as grandes mobilizações pós-68, (de mulheres, de

estudantes, pelos direitos humanos e cívicos, étnicos e culturais, pelo meio ambiente, contra a violência, entre outros), alcançam temas que até então haviam sido reservados à esfera do Estado e do poder político.

Os autores, compartilham o pensamento de Touraine, defendendo a idéia de uma homogeneização ideológica em torno da democratização, por onde ingressam também os movimentos sociais. Inscrever as ações culturais, políticas e sociais num processo de democratização permite organizar os diferentes temas dos novos movimentos sociais através de princípios, exigindo mais igualdade, mais liberdade e mais solidariedade no respeito às diferenças. Embora a democracia apareça como uma virtualidade coletiva limitada, seus temas podem ser muito ampliados, seus princípios aprofundados e seus direitos estendidos a um maior número de pessoas. Deste modo, afirmam, o novo paradigma, do ponto de vista de objetivo dos movimentos sociais, orienta não só para a tomada do poder político, mas também para a participação cidadã na auto-organização das lutas e na fiscalização dos poderes.

Touraine (1991) considera que o que se tem denominado novos movimentos sociais, na realidade, são apenas novos temas vinculados a velhos vocabulários, velhos conceitos e reinterpretados por seus atores. Jacobi (1991), provavelmente situando bem a questão no contexto brasileiro e da América-Latina, compreende os movimentos urbanos como aqueles que colocam basicamente a questão da luta por condições de vida, onde estão inseridas a saúde, o saneamento ou a luta urbana pela habitação, entre outras.

No Brasil e na América-Latina, a emergência dos movimentos sociais de trinta anos atrás, está referenciada teoricamente a uma abordagem estrutural, sob influência dos grandes determinantes econômico-sociais. A partir de um certo momento passou-se a questionar esta vinculação absoluta, segundo Jacobi (1991), provavelmente por não haver um avanço concreto e tudo permanecer no plano da obviedade. O autor destaca o papel dos articuladores e indutores dos movimentos populares, como o peso da Igreja, que foi inquestionável na maioria dos movimentos populares, da esquerda “não organizada” partidariamente nos anos 70 e o do próprio militante dos partidos de oposição naquele contexto.

Para Jacobi (1991; 2000), o peso dos articuladores sociais é um elo no processo de emergência das demandas e isto corresponde à análise do movimentos sociais em torno da saúde no Brasil. É assim que, a partir de um determinado ponto, passa a haver maior reflexão teórica quanto ao processo de interação entre movimentos sociais e Estado, tanto no caso da saúde, como da moradia, do saneamento e dos demais temas ligados às condições de vida. Para o autor, os movimentos sociais se configuram mais como grupos de pressão sobre o Estado e exercem menos um papel transformador, como germe de uma nova sociedade.

Na relação de influência entre movimentos sociais e Estado, o caso da reforma sanitária brasileira passa a constituir objeto de reflexão e observação, visto que o movimento pelo direito à saúde, vitorioso, consegue se inserir legal e institucionalmente e a partir daí exercer papel de controlador/ fiscalizador da política de saúde e de sua operacionalização.

Na revisão que faz sobre a inserção do direito à saúde na esfera legal, Dallari (1995) afirma que a história comprova a vinculação entre formalização destes direitos e dever de garanti-los pelo Estado às batalhas penosamente travadas em um longo caminho a partir do Renascimento, na Europa.

A autora faz lembrar que a saúde é introduzida no elenco dos direitos constitucionais em obediência ao clamor das assembléias revolucionárias na França.

A história insiste em vincular a formalização de direitos às mais sangrentas revoltas populares. Contemporaneamente, a catástrofe da Segunda Grande Guerra alertou os Estados a reconhecerem direitos sociais para todo o povo. (Dallari, 1995: 23)

A conquista dos direitos humanos e da cidadania, portanto, em toda sua amplitude, não pode ser avaliada como uma concessão do Estado e sim como um mérito que vem sendo obtido predominantemente pela atuação incisiva das forças sociais.

Quem sintetiza a idéia, remetendo-se à Poulantzas, é Valla (1993:73), quando esclarece que a proposta de controle social dos serviços de saúde, tal como se origina e se instala no Sistema Único de Saúde implica o reconhecimento de que o Estado é a “condensação material das relações de forças sociais”.

Ainda que, por si só, a institucionalização dos movimentos sociais junto à gestão do SUS não possa garantir eliminação das iniquidades e tampouco assegurar os demais princípios de universalidade e de integralidade em relação à saúde, devemos reconhecer o mérito da concretização de pelo menos parte importante de seus projetos. Particularmente dois deles se mantêm fortemente visíveis ainda hoje, através de suas organizações externas e, internamente pela sua inserção no processo decisório em saúde.

Estamos nos referindo ao movimento sanitário e ao movimento de mulheres, ambos emergentes nos anos 1970 e que, possuindo referencial teórico e uma proposta clara para a área da saúde, souberam construir organicidade em seu percurso e adquirir êxito em seus objetivos. Para a reforma sanitária e a construção do ideário do SUS estes dois movimentos foram fundamentais, tanto que em âmbito nacional existem inúmeros estudos a respeito.

Muitos autores têm se dedicado a analisar o movimento sanitário brasileiro, entre os quais poderíamos citar Luz (1979; 1991), Arouca (1990;1991), Mendes (1993) e Escorel (1998), Campos (1991), Paim e outros, razão pela qual não consideramos necessária uma revisão específica sobre o tema.

No entanto, pelo fato de existirem diferentes formas de relacionamento entre o poder público e movimentos sociais e, além disso, em razão dos elementos próprios de organização interna e articulação externa desses movimentos nos espaços nacional e estadual, torna-se oportuno uma rápida consideração sobre estes movimentos em Santa Catarina, espaço territorial onde se dá este estudo.

2.1.2. O movimento sanitário em Santa Catarina

São escassas as publicações sobre o movimento sanitário catarinense. Utilizaremos, para uma revisão rápida, os estudos feitos por Da Ros (1994), um dos poucos autores preocupados em registrar o percurso do movimento sanitário em Santa Catarina, desde seu nascimento em 1974.

Segundo o autor, o movimento foi fortemente vinculado aos movimentos desenvolvidos nos outros estados do sul – Paraná e Rio Grande do Sul – e assumiu características que o diferenciam principalmente do movimento sanitário desenvolvido no eixo Rio-São Paulo. A razão desta diferenciação está justamente no fato de ter desenvolvido uma parceria muito clara com o movimento popular e com as raízes da medicina comunitária, embora tenha ocupado também, a partir de um determinado período, a gestão dos serviços de saúde, principalmente na instância municipal.

A proposta do movimento em Santa Catarina, entretanto, guarda as mesmas características do projeto nacional do movimento sanitário, sobre o qual Escorel, referida por Da Ros (op Cit.), descreve que na luta pela transformação do sistema de saúde e das condições da população brasileira, configurou-se um sujeito político coletivo e que entre suas principais características está o fato de ser um movimento suprapartidário, cuja organicidade é formada por um projeto e linguagens comuns: a linguagem do pensamento médico-social e o projeto de transformação das condições de saúde da população brasileira.

Entre os primeiros atores sociais coletivos do movimento sanitário catarinense, encontram-se o Departamento de Saúde Pública da UFSC e o movimento estudantil, especialmente através dos estudantes de medicina que participavam dos ECEMs (Encontro Científico dos Estudantes de Medicina). Além destes, começou a desenvolver-se uma articulação entre técnicos de instituições de saúde, principalmente na Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Estadual de Saúde e INAMPS, engrossando o movimento sanitário, que o autor caracteriza como em busca “da construção de um modelo de contra-hegemonia” no campo da saúde.

Instituições como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) desempenharam papel fundamental no processo do movimento sanitário, tendo sido cruciais nos anos cinzentos do obscurantismo impostos pelos governos militares (FIOCRUZ, 2003).

Em Florianópolis, o CEBES foi fundado em 1978, tendo exercido papel fundamental na articulação com o movimento popular de Santa Catarina, entre as quais com a Igreja, através da Pastoral da Saúde (Da Ros, op Cit.). Suas publicações, durante muito tempo constituíram fontes de informação preciosas para o movimento, visto que os dados oficiais além de pouco acessíveis, não faziam transparecer a realidade.

Este movimento, em associação com os movimentos populares existentes em Santa Catarina nos árduos anos da ditadura militar, apoiou e participou de projetos desenvolvidos em outros municípios do estado, entre os quais encontram-se o da Cooperativa Cooperalfa (Chapecó), o da Igreja de Turvo e o do município de Lages, nos primeiros anos da década de 80.

Algumas experiências inovadoras passaram a ser desenvolvidas no país, quando opositores assumiram os primeiros espaços locais de poder nos anos 80. Entre estas experiências encontra-se a do município de Lages, SC, entre 1978 e 1982, que é nacionalmente conhecida e caracterizou-se como avançada na época, por assumir características de gestão popular na prefeitura municipal e inserir o assunto da participação popular na gestão pública.

Somada a outros ensaios inovadores e às práticas dos movimentos sociais, tais como a dos conselhos populares de saúde (zona leste de São Paulo) e o Conselho Popular do Orçamento de Osasco, a experiência de Lages originou outras posteriormente, conforme comentou Celso Daniel em artigo denominado *Gestão local e participação da sociedade* (DANIEL, 1994).

Similarmente ao que ocorreu em vários pontos do país, os grupos de profissionais que até então configuravam uma oposição às propostas governamentais para o setor saúde, e que compunham o movimento sanitário em Santa Catarina, cresceram e ganharam consistência, ao mesmo tempo que avançaram na produção de conhecimento, na crítica ao modelo de política de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população. Sua importância política, antes negada e combatida, logo passou a ser reconhecida; suas bandeiras conquistaram espaço de expressão a partir do processo de "abertura" democrática com a flagrante falência do sistema e com a piora das condições de vida da população (FIOCRUZ, 2003).

Tentativas redirecionadoras das políticas de saúde já haviam tocado instâncias governamentais desde o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) e as inúmeras versões do PREV-SAÚDE, todas frustradas até chegar às AIS (Ações Integradas de Saúde), em 1985. Em Santa Catarina, o município de Lages foi novamente palco de uma destas tentativas, através do PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde) entre 1982 e 1984.

No ano de 1986, quando foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, o movimento sanitário tornou-se mais intenso em todo o país e as propostas de reformulação dos serviços de saúde passaram a ser amplamente discutidas.

Como alerta Magajewski (2000), a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde em um modelo democrático só foi viabilizada tendo em conta a ocupação de posições de direção em órgãos estratégicos na esfera federal, por parte de nomes históricos do movimento sanitário, onde se incluem a presidência do INAMPS e a presidência da Fundação Oswaldo Cruz.

Em Santa Catarina, a organização da pré-Conferência, (assim foram chamadas as etapas estaduais da VIII), foi encabeçada pela Superintendência Estadual do INAMPS, onde recentemente, também haviam ocupado cargos, personagens do movimento sanitário local. A convocação da Conferência foi feita pela Associação Catarinense de Saúde Pública – ACASP, tendo sido realizada no Plenário da Assembléia Legislativa de Santa Catarina, em março de 1986. Os dados apontam entre quarenta e sessenta o número de pessoas que participaram desta primeira conferência estadual. Entre eles, a maioria era de profissionais vinculados à saúde pública e originários do setor público: do INAMPS, do Departamento Autônomo de Saúde Pública- DASP (órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde), da Universidade Federal de Santa Catarina, através do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde e alguns poucos representantes de corporações da área da saúde, caso da enfermagem e remanescentes do Movimento de Renovação Médica (REME), além de profissionais oriundos das secretarias municipais de saúde, predominantemente de Florianópolis.

Passados mais de quatro anos previstos para a realização da IX Conferência, em meados de 1991, travados inúmeros embates entre os segmentos representados no Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde (Governo Collor), cedendo às pressões foi convocada a IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era “Municipalização é o caminho”.

Em Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde, conforme relata Magajewski (op Cit.), “ainda pouco sintonizada com o caráter democrático incluído na legislação recém em vigor” também foi pressionada pelo movimento sanitário a convocar a etapa estadual da Conferência. Por ocasião de sua realização, em setembro de 1991, na Universidade Federal de Santa Catarina, a participação ficou perceptivelmente ampliada, tendo reunido mais de quatrocentos delegados, quinhentos observadores e dezessete conferencistas, debatedores e comentadores convidados.

Entre 1991 e 1992, porém, o projeto de criação do Conselho Estadual de Saúde, aprovado pela Assembléia Legislativa, não foi homologado pelo poder executivo que lhe impingiu onze vetos, entre os quais o que lhe conferia o caráter deliberativo, a composição paritária e o acesso ao controle financeiro. Após acordos realizados entre representantes da Assembléia Legislativa, da Secretaria de Estado da Saúde - SES e do Fórum Popular de Saúde, a Lei de criação do Conselho Estadual de Saúde - CES foi sancionada em 30 de março de 1992, embora o conselho tenha se mantido inicialmente em inatividade e posteriormente tenha passado por manobras e alterações profundas em sua composição e funcionamento, conforme relata Da Ros (op Cit.).

No plano nacional, a IX Conferência Nacional de Saúde, marcada para 1991 foi adiada e realizada somente em agosto de 1992, sob impacto de uma séria crise política e ética, enquanto eram desenvolvidos os trabalhos do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), que apurava a corrupção do Governo Fernando Collor de Mello.

A X Conferência Estadual de Saúde (julho de 1996) e a XI Conferência Estadual de Saúde (novembro de 2000), caracterizaram-se pela crescente ampliação das etapas municipais, deslocando a concentração anterior do debate na capital e promovendo maior visibilidade e acesso a este instrumento do controle social.

A intensificação das conferências municipais, ao lado do crescente interesse no aperfeiçoamento do controle social via conselhos de saúde são indicadores de que a sociedade civil deseja aprofundar os meios de controle das políticas e das intervenções de saúde, como queriam os atores sociais do movimento da Reforma Sanitária nos anos 70 e 80.

Além dos espaços não institucionalizados através do controle social, das plenárias e encontros de conselheiros, outras organizações e entidades representam a evolução do movimento sanitário. No Brasil, o CEBES e a ABRASCO continuam em atividade, sendo que a última reúne em eventos que promove, milhares de profissionais ligados à saúde coletiva e saúde pública além de publicações contínuas em livros e periódicos. Os fóruns populares de saúde também são significativos como espaços de debate e organização da base do movimento. Santa Catarina, a partir dos anos 90 organizou seu Fórum Popular Estadual de Saúde, que tem desempenhado papel considerável na formação de conselheiros e encaminhamento de demandas relacionadas com saúde.

Uma outra modalidade que pode representar avanços e sinais de vitalidade do movimento sanitário é a organização de várias entidades em rede, como a Rede Unida, interessada no desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde com vistas à mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor.

2.1.3. O movimento de mulheres em Santa Catarina

As transformações ocorridas com o movimento feminista, a partir dos anos 70, conforme analisa Castilhos (1999), superaram a postura inicial de perplexidade e de denúncia típica do período das descobertas realizadas através de documentos históricos, religiosos, filosóficos e na literatura mundial, bem como pela observação dos costumes e hábitos do cotidiano.

Até então, era necessário desvendar, discutir e denunciar as discriminações e opressões sofridas pelas mulheres no decorrer da história, tendo sido intensificada a produção da literatura, pesquisas, materiais e práticas educativas. Estas tarefas se desenvolviam entre os grupos, com oficinas, vivências e trabalhos pedagógicos e de fortalecimento da auto-estima. Uma busca incessante de espaços e de afirmação. A partir dos anos 70, já se pôde observar a participação do movimento organizado de mulheres na luta contra a ditadura militar e pela redemocratização do país.

O movimento de mulheres em Santa Catarina sempre esteve bastante vinculado ao movimento nacional. A partir de 1975, 1º ANO INTERNACIONAL DA MULHER, é que se pode demarcar o início do novo movimento feminista no Brasil, quando foi ampliado e divulgado, como resultante da Conferência da ONU.

A Década das Nações Unidas para a Mulher (1976-1985) foi um grande estímulo para o desenvolvimento do movimento de mulheres, no mundo, no Brasil e em Santa Catarina. Castilhos (op Cit.) avalia que este foi um movimento que obteve duplo resultado, pois enquanto o movimento de mulheres/feminista cresceu, acumulou força política e adquiriu visibilidade, a ONU reconheceu sua existência e o incluiu em sua agenda.

Em Santa Catarina, o movimento de mulheres passou a adquirir expressão a partir do 1º Encontro Estadual da Mulher Catarinense, realizado em Itajaí, em outubro de 1980. Quinhentas mulheres participaram do evento, que foi a primeira grande manifestação pública na área. Embora o encontro tenha tido caráter suprapartidário, na ocasião, o PMDB ofereceu apoio, motivado pelo movimento de mulheres interno ao partido e que tinha influência do movimento feminista. Os temas centrais do encontro foram: a mulher e a Saúde, a mulher e o trabalho, a mulher e a sociedade (MULHERES, 1980).

O evento realizado em Itajaí impulsionou a organização do movimento, com a formação de uma comissão, formada por várias entidades e municípios presentes, visando à continuidade dos trabalhos. A partir daí, observaram-se comemorações referentes ao dia 8 de março em vários municípios e no ano de 1981, em agosto, foi realizado o II Encontro da Mulher Catarinense, em Chapecó. Até então conhecia-se um grupo autônomo de mulheres, o “Coletivo Feminista Amálgama” composto por um grupo de mulheres professoras da UFSC.

No encontro de Chapecó, ampliou-se a pauta de discussões, tendo sido abordados assuntos desde problemas gerais como a luta contra a carestia, creches, salário igual para trabalho igual, contra o desemprego, pela reforma agrária, além de saúde, exploração do corpo da mulher nos meios de comunicação, educação diferenciada para meninos e meninas, entre outros. A partir deste encontro, em Chapecó, surgiu o Grupo Feminista Vivências, o segundo de Florianópolis.

Quando o período eleitoral se aproximava, nas eleições gerais de 1982 – o que significou a primeira eleição livre para governadores dos estados durante a vigência do golpe militar de 1964 - as mulheres do PMDB realizaram um grande encontro em Blumenau, contando com cerca de oitocentas participantes, exigindo maior participação das mulheres na política e uma intensa verificação das políticas sociais, além de mudanças no código civil (MULHERES, 1982b).

As contínuas movimentações, como atos públicos, encontros em plenárias, atividades comemorativas ao dia internacional da mulher provocaram a expansão do movimento e com isso conferiram maior visibilidade às bandeiras feministas, levadas a público pelos dois grupos florianopolitanos, o Coletivo Feminista Amálgama e o Grupo Feminista Vivências (MULHERES, 1982 a). Em 1983, continuando as comemorações do dia 08 de março, já se contavam com manifestações das soroptimistas em Blumenau (MARTINS, 1983) e também se registrou a primeira sessão especial da Câmara Municipal de Florianópolis, comemorativa ao dia 08 de março.

Nos anos 1984 e 1985, a participação das mulheres através de movimento organizado passou a ser intensa, agregando espaços para as lutas feministas na campanha pelas “Diretas já!” (NO SEU DIA, 1984), como o inverso, utilizando datas comemorativas das mulheres para manifestações de apoio à democratização do país. Manifestações das mulheres trabalhadoras rurais, em Chapecó (NO OESTE, 09/03/1985) e das mulheres de Florianópolis com atividades na figueira da Praça XV (O Estado de 09/03/1985), bem como artigos nos jornais sobre a situação das mulheres (ALBUQUERQUE, 10 e 11/03/1985), passaram a ser uma constante, de onde se interpreta que alcançaram interesse amplo na mídia.

Segundo Blay (1999), os movimentos feministas dos anos 70 e 80, em geral, somaram a luta pela democracia à luta pela desigualdade de gênero. No Brasil esses movimentos foram reinterpretados, em função das crises e reivindicações específicas vividas pelo país. Esta especificidade tem pelo menos duas origens fundamentais a saber: a alteração política sofrida pelo país após o golpe militar de 1964 e uma violenta e progressiva deterioração da qualidade de vida da classe trabalhadora.

O movimento de mulheres, tanto nacional como catarinense, sempre manteve estreita relação com a temática de saúde, bem como com a área da ecologia e meio ambiente. A efervescência dos movimentos sociais e especialmente o amplo debate sobre saúde, que se deu no Brasil, na década de 80, provocaram muitos encontros do movimento feminista, a fim de discutir e encaminhar as questões. Em 1984 ocorreu o 1º Encontro Nacional de Saúde das Mulheres, realizado em Itapeceira da Serra (SP), cujas proposições contribuíram de modo inegável para a definição de políticas sociais do interesse das mulheres (BARSTED, 1994).

De um modo muito especial, o movimento feminista, seja pela associação de interesses com o movimento sanitário nos anos 80, seja pela dupla militância de parte de seus quadros desempenhou papel relevante na conformação do SUS, assim como o faz hoje, junto ao controle social.

No ano de 1982 se deu a primeira aproximação do movimento de mulheres à gestão pública, com a instituição dos dois primeiros Conselhos da Condição Feminina no país: o de São Paulo após a eleição de Franco Montoro, e o de Minas, com Tancredo Neves. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, vinculado ao Ministério da Justiça, foi instalado em 1985 e tem atuado, nestas duas décadas, com reconhecido impacto institucional, respondendo às demandas em articulação com o movimento nacional de mulheres.

Em 1986, na instância municipal de Florianópolis, foi criado legalmente o Conselho da Condição Feminina, porém este se mantém inativo desde o final dos anos 80. O Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, criado recentemente (2001), é composto por um conjunto de várias entidades, que têm como referência o movimento feminista, além de mulheres com forte organização independente e de organizações não-governamentais que atuam em parceria em diferentes atividades.

Os grupos feministas autônomos de Santa Catarina (Amálgama e Vivências) finalizaram suas atividades ainda nos anos 80. Entre os anos 80-90 ocorreu a estruturação das redes de grupos de mulheres, organizadas segundo temas ou áreas de interesses. Foi então que surgiram as redes de saúde e direitos reprodutivos, violência, educação, direitos das mulheres, entre outras. As demandas aumentaram e em razão destas há uma transição do movimento feminista autônomo, para um modelo mais burocrático, ora financiado por agências internacionais, ora autofinanciado, no modelo associativo. São estas as organizações não-governamentais, conhecidas como ONGs que atuam no campo de defesa dos direitos da mulher .

Em 1989 foi criada a Associação Casa da Mulher Catarina, uma das poucas organizações feministas atuais do estado, não financiada e vinculada ao Departamento de Saúde Pública da UFSC. A entidade é também associada à Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, esta articulada com a Rede Latinoamericana de Salud de la Mujer, que por sua vez, articula-se com a Rede Mundial, com sede na Holanda.

Estas redes articuladas em nível nacional e internacional, significam no parecer de Castilhos (op Cit.) a superação do estágio de denúncias e protestos e a transformação da bandeiras de lutas - tais como violência, saúde e direitos reprodutivos, educação, trabalho, luta contra a pobreza, participação política, entre outras - em propostas de intervenção nas instâncias de poder capazes de implementá-las. As bandeiras de lutas transformaram-se assim, em propostas de políticas públicas, em ações propositivas e planejadas para intervenção e ação nos vários espaços de poder.

A atuação do movimento através das diferentes instâncias colegiadas, como os conselhos Estaduais e o Nacional traduzem significativas experiências implementadas no campo das políticas públicas, pois além de incluírem a perspectiva de gênero na gestão governamental, canalizam as demandas relacionadas com os direitos das mulheres. No caso dos conselhos de saúde, sua participação é garantida através da representação dos segmentos organizados dos usuários, tratando então das questões dos direitos à saúde da mulher.

2.2. A participação popular institucionalizada frente à pressão neoliberal

Falar de movimentos sociais em prol da saúde no Brasil, subentende abordar a noção de “participação popular”, que passou a ser intensamente divulgada a partir de 1983, tendo sido incorporada inclusive no discurso oficial das AIS - Ações Integradas de Saúde e do PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984).

Neste momento, conforme esclarece Carvalho (1995^a), o conceito de participação popular já não significava mais a idéia que predominou até então, de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades) ou tampouco a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado); ele passava a representar a idéia do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal.

Quando os movimentos sociais passaram a exigir a participação popular na gestão pública de saúde, esta foi associada como uma das mais importantes diretrizes do movimento da reforma sanitária, e que mais tarde foi inscrita como diretriz constitucional e do SUS - Sistema Único de Saúde. Deste modo, então, é que a “participação popular” veio a originar o “controle social”, tal como se convencionou denominar o processo legal de controle público sobre os serviços de saúde.

Esta inserção dos movimentos sociais na gestão pública tornou-se tão sólida que, quando as estratégias propostas pelo neoliberalismo chegaram ao Brasil, não conseguiram romper estas estruturas que insistiam em lhes barrar os projetos. O processo, contudo, não foi indolor, e sérios embates foram travados visando a manutenção das conquistas sociais voltadas à saúde.

Por ocasião da elaboração do texto constitucional de 1988, cuja fonte de inspiração é o estado do bem-estar social (expressão proveniente do inglês *Welfare State*¹), o projeto neoliberal já havia obtido vitórias importantes nos países europeus e desenhava sua expansão pelos países latino-americanos.

Chegando no Brasil um pouco mais tarde, encontrou resistências, conforme comenta Mendes (1993), pois o texto sobre saúde na constituição, apesar de suas ambigüidades, representa um avanço considerável, reflete a correlação de forças presente na sociedade brasileira e permite a continuidade da luta política entre o projetos neoliberal e o projeto da reforma sanitária.

¹ Segundo André Cezar Médici (www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty) do ponto de vista desta concepção, todo indivíduo tem direito, desde seu nascimento, a um conjunto de bens e serviços que deveriam ser fornecidos diretamente através do estado ou indiretamente, mediante seu poder de regulamentação sobre a sociedade civil. Esses direitos iriam desde a cobertura de saúde e educação em todos os níveis, até o auxílio ao desempregado, á garantia de uma renda mínima, recursos adicionais para sustentação dos filhos, entre outros.

A partir de 1988, vários exemplos de resistência podem ser observados também no contexto de implantação do SUS, pois neste momento outros atores sociais, por influência neoconservadora, passaram a pressionar o governo visando a aplicação das estratégias de redução do papel do Estado.

O texto constitucional de 1988 enuncia, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, a “participação da comunidade” (art. 194, VII), que pode efetivar-se mediante: a) representação em órgãos colegiados deliberativos; b) fornecimento de subsídios às autoridades incumbidas da gestão dos serviços e ações de saúde e proposição ou reivindicação de medidas específicas destinadas a atender às necessidades da população (CARVALHO & SANTOS, 1992).

O controle social implantado a partir de 1990, através de dois canais - os conselhos e as conferências de saúde – é, portanto, a forma materializada e institucionalizada da noção de participação popular.

Legalmente, estes instrumentos formais do controle social sobre o Sistema Único de Saúde, passaram a existir a partir da regulamentação da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Esta Lei, conhecida como a LOS – Lei Orgânica da Saúde, foi editada tendo em vista os vetos que a Lei nº 8.080/90 recebeu, principalmente no que se referia à participação popular e ao repasse dos direitos dos recursos. Os vetos conformam uma clara tentativa de retrocesso das conquistas democráticas obtidas, mesmo que se referissem naquele momento aos princípios já inscritos na Constituição de 1988. Carvalho & Santos (1992) elucidam a questão do ponto de vista jurídico, quando comentam que os artigos referentes a estes vetos não deveriam ter existido, pois

(...) ao passo que um regulamentava a Constituição (art. 198, III, da participação comunitária), o outro buscava interpretar a intenção do legislador constitucional de descentralizar a execução das ações e dos serviços públicos de saúde, como fez ao determinar a transferência de recursos da União para os estados, DF e municípios de forma direta, independentemente da celebração de instrumento jurídico. (CARVALHO & SANTOS, 1992:27)

Segundo Almeida (1996), no pós *welfare-state*, a discussão da agenda de reforma para os serviços de saúde tomou vulto mundial e foi quando ocorreu uma mudança de paradigma da intervenção estatal no campo social, justificada pela necessidade de controle do crescimento do gasto sanitário e de serviços mais eficientes e voltados para o consumidor. Nesta ocasião, entre as prescrições mais importantes da doutrina neoliberal contidas na agenda de reforma, há segundo a autora, uma “reinterpretação da representação”, onde fica clara a intenção de excluir representações da sociedade organizada no comando de serviços públicos:

os processos usuais de representação política (tanto os procedimentos democráticos gerais, quanto os referentes à constituição de conselhos e formas de representação/participação na direção dos serviços), foram questionados, enfatizando-se a desilusão com os poucos resultados com esses procedimentos e propondo-se substituir as escolhas políticas ou burocráticas pela escolha do consumidor. (ALMEIDA, 1996:10)

É uma proposta de inversão da noção de cidadania, do sujeito de direito, permutando-a pela noção de consumidor, mais apropriada às intenções neoliberais. Machado (2002) em texto que discute a relação da vigilância sanitária com o controle social, faz referência ao procurador do Ministério Público, Rogério Nascimento, que lembrou a inconveniência em subordinar a lógica do cidadão à lógica do mercado econômico, explicando que nem todo cidadão é um consumidor, mas todo

consumidor é um cidadão. Além disso, o procurador alertou que é preciso perceber que uma pessoa, ao se assumir portadora de dignidade, não pode ser vista apenas como um agente econômico e que um ser consumidor não exprime na integralidade a noção de cidadania.

É oportuno lembrar ainda, que o processo reformista da década de 1980 foi caracterizado pela hegemonia neoliberal, onde predominaram as políticas de contenção de custos e controle de gastos, desconsiderando a questão social pela justificativa de *stress* fiscal, pelo subfinanciamento e exaltação do individual sobre o coletivo; na análise de Almeida (2000), o resultado foi de aumento das desigualdades e acentuada deterioração de serviços públicos. A intensa crítica e as evidências obrigaram uma correção das rotas, especialmente na América-Latina.

Assim, a questão central da agenda pública nos anos 1990 passou a ser de reconstrução da capacidade do Estado (Fiori, apud Almeida, 2000) ao mesmo tempo reestruturando-o para implementar as reformas necessárias e enfrentar os problemas exacerbados desde os anos 1980. Essa reorientação parte da suavização do discurso ideológico e mesmo da crítica das propostas neoliberais (sem contudo pretender um retorno à perspectiva do Estado Providência) e da reformulação de propostas, nas quais há intenção de retirar da responsabilidade *única* do Estado algumas das atividades.

É assim que, no cenário brasileiro que caracterizou os anos posteriores à “Constituição Cidadã”, como é conhecida a Constituição de 1988, forjaram-se intensas disputas por interesses divergentes, envolvendo de um lado os atores sociais da Reforma Sanitária e de outro os agentes sociais porta-vozes das novas correntes econômicas. É neste processo que foram sendo obtidas lentamente mais algumas garantias democráticas legais, como as referentes ao controle social e à descentralização de recursos. Entretanto, os possíveis avanços na direção do cumprimento de princípios constitucionais ficaram seriamente comprometidos.

Com a diretriz da participação popular formalizada, os conselhos de saúde passaram a ser formados gradativamente em estados e municípios. A criação do CNS - Conselho Nacional de Saúde se deu primeiramente, pelo Decreto 99.438 de 1990, em ambiente de grande tensão entre diversos grupos de interesses, a favor e contrários ao SUS. Isto gerou reações e negociações até a criação da lei 8.142/90. Nos estados, a criação da maioria dos CES – Conselhos Estaduais de Saúde também verificou-se com algum grau de conflito, principalmente em torno da definição da composição e da competência/atribuições dos novos órgãos, opondo em geral grupos e entidades da sociedade civil aos setores governamentais (CARVALHO, 1995a).

Entretanto, como a política brasileira, no decorrer do processo de implantação do SUS, vai tendendo cada vez mais ao conservadorismo, a ação do controle social por parte dos conselhos de saúde ainda não conseguiu alcançar a plenitude desejada.

As restrições financeiras impostas à área da saúde podem ser revisadas através do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, o “*Investindo em Saúde*” (BANCO MUNDIAL, 1993) divulgado em 1993. Neste documento, apresenta indicadores de desenvolvimento e propõe pacotes de intervenções em países, classificados de acordo com uma tipologia própria. Segundo estudo de COELHO (1998), o relatório recomenda como objetivos e políticas de governo, tornar mais criterioso o investimento público em saúde, mediante uma abordagem tríplice :

- a) Criando um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de saúde, o que implica em adotar políticas de ajuste econômico e investir em ensino, assegurar mais renda aos pobres;
- b) Tornando mais criteriosos os gastos em saúde pública, “reduzindo os gastos do governo com instalações de atendimento terciário, com capacitação de especialistas e com serviços discricionários”; recomenda ainda “financiar e garantir a prestação de serviços clínicos essenciais, pelo menos para os pobres” (BANCO MUNDIAL, 1993), e
- c) Promovendo a diversificação e a concorrência, com orientações para facilitar a participação do setor privado: “incentivar o financiamento e o seguro privados (estimulando a contenção de custos) nos caso dos serviços clínicos discricionários; incentivar a prestação de serviços clínicos pelo setor privado e fornecer informações sobre desempenhos e custos (BANCO MUNDIAL, 1993).

O autor, referindo crítica de Laurell & Arellano, afirma que um dos objetivos básicos do Banco Mundial é o de trazer a política de saúde aos cânones neoliberais, passando a considerar a saúde como campo e domínio principal do setor privado e destinando ao setor público algumas responsabilidades em determinadas circunstâncias. O documento do Banco Mundial contém as seguintes premissas de cunho ideológico do neoliberalismo: o bem-estar social é uma responsabilidade do campo privado e só quando este não puder responder é que entra em ação o Estado; o setor público é ineficiente e freqüentemente injusto, enquanto que a esfera privada ganha em eficiência e justiça, desde que atenda a dinâmica mercadológica da livre-escolha da concorrência; e finalmente, admite que os recursos das políticas públicas são e deverão continuar escassos.

Castilhos & Feghali (1997) também chamam atenção para o teor do relatório, que afirma que a saúde pública gasta em torno de R\$ 1,3 bilhão por ano com o diagnóstico e o tratamento de doenças complexas, que em grande parte deveriam ser cobertos pelos planos de saúde.

E uma análise publicada pela Folha de São Paulo em 1997 sobre o documento do Banco Mundial observa:

É importante ressaltar esta afirmação porque o sentido real, é que as chamadas “doenças complexas” são as mesmas denominadas de “discricionárias” no documento do Banco Mundial, e que nos países de renda média como o Brasil não cabe ao serviço público de saúde garantir. “Ao criar o PAB, o governo não previu os gastos com os procedimentos complexos. (FOLHA DE SÃO PAULO, 1997).

A partir de 1994, já era possível constatar uma forte implementação do projeto neoliberal no Brasil, quando vigorava o discurso governamental fundamentado na necessidade de preparar o país para a globalização, para a modernidade e para o futuro. Neste ponto, o SUS passou a ser um dos alvos privilegiados dos ataques do novo governo às conquistas sociais obtidas com as lutas dos anos 80.

Políticas de caráter focal foram priorizadas a partir daí. As críticas fundamentam-se no fato de que elas não possuem alcance para resolver as profundas desigualdades sociais existentes em um país como o Brasil, que é um reconhecido campeão no *défict* de equidade social.

Assim, programas que destinam atenção apenas aos muito pobres, oferecendo uma “cesta básica” de ações para suas necessidades mínimas, certamente contribuirão para consolidar desigualdades. Além disso, acentuarão as discriminações e perpetuarão os serviços públicos de saúde a uma qualidade inferior, como bem observaram Faveret & Oliveira (1990) há mais de uma década.

Após 1990, com a situação se agravando, Almeida (1996), aponta a tendência na orientação dos organismos que regiam as reformas em diversos países, especialmente o Banco Mundial, com a idéia do seguro nacional de saúde articulada com uma proposta de competição administrada.

Mas para a autora, no Brasil, forçados ao abrandamento do discurso neoliberal, persistiram alguns traços originais do projeto, como a redefinição do papel do Estado e a alteração do sistema de serviços mix público/privado. Ao revisar a história, cabe a pergunta: teriam tido os conselhos e as conferências de saúde alguma relevância na contenção do projeto neoliberal no campo da saúde no Brasil ou teria sido uma manifestação do campo legal a maior responsável? Ou ambos? Ou ainda como seria possível mensurar o papel dos antigos movimentos sociais nessa barreira?

2.2.1. Os conselhos de saúde

No cenário do SUS, para que o princípio da participação popular pudesse ser viabilizado, tal como previsto na legislação, constituindo o controle social do SUS, foi necessário associá-la ao financiamento das ações de saúde. Assim, os repasses financeiros federais aos estados e municípios foram condicionados ao cumprimento de determinados pré-requisitos, entre os quais a existência comprovada dos conselhos municipais de saúde. Esta determinação legal, tem sido avaliada por diversos autores e também no espaço institucional, como a maior responsável pela ampliação do controle social no país, visto que esta vinculação produziu a instalação de conselhos em mais de 5.200 municípios brasileiros, a partir de 1990.

A instituição legal dos Conselhos de Saúde, sobretudo, veio reforçar uma das mais expressivas organizações sóciopolíticas do país e da América Latina. São milhares de atores sociais, num quantitativo que se aproxima rapidamente do número total de vereadores, conferindo uma nova tessitura à arena político- sanitária e trazendo novas possibilidades de arranjos e soluções no processo de formulação e implementação das políticas de saúde (CARVALHO, 1994).

Embora o avanço seja inquestionável, também é sabido que esta medida, por si só, não poderia garantir o exercício pleno do complexo e ainda nebuloso conjunto de atribuições conferidas aos milhares de conselheiros, seja qual for a esfera de representação em que se encontrem (federal, estadual ou municipal).

Um dos primeiros problemas detectados assim que os conselhos de saúde entraram em atividade, foi o fato de que as regras do jogo referentes à organização e composição dos conselhos estavam pouco claras. A Lei 8.142, em seus artigos 1º, 2º e 4º refere:

1º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 do governo.

2º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

4º A representação dos usuários nos Conselhos de saúde e Conferências será paritária em relação ao (...)

Nada além disso consta legalmente sobre a composição dos Conselhos e somente a paridade conferida ao segmento dos usuários ficou clara, interpretando-se de imediato que 50% dos conselheiros serão representantes dos usuários. Os demais segmentos totalizam os 100%, mas a lei não indicou proporcionalidade.

Carvalho & Santos (1992:254) em publicação com comentários à LOS - Lei Orgânica da Saúde interpretaram que

a) Havendo a Lei Orgânica do Município disposto sobre a composição do Conselho Municipal de saúde e não dizendo se a sua regulamentação será feita, ou não, por lei ordinária, pode o prefeito baixar decreto sobre o assunto. O importante a considerar é se a Lei Orgânica do Município se manteve em consonância com a constituição Federal e estadual e com a Lei Orgânica da Saúde (nacional e estadual, se houver).

b) A Lei Orgânica Municipal, a lei ordinária ou, se for o caso, o decreta que dispuser sobre a estrutura e o funcionamento do Conselho deve estabelecer claramente as regras do jogo. Na democracia, o fundamental é ter regras claras. A liberdade vai até o momento de fixação das regras do jogo; depois, a observância das regras é imperativa (...).

c) De acordo com os itens a e b, tanto pode ser o prefeito como o Secretário Municipal de Saúde a autoridade que reconhecerá formalmente os eleitos ou indicados pelos diversos segmentos que compõem o Conselho.(...) não há veto, nem pode haver impugnação, a não ser quando fundados na inobservância das regras do jogo. Ainda assim a autoridade que reconhecerá os membros eleitos ou indicados não poderá entrar na intimidade de uma corporação ou entidade para fiscalizar os procedimentos de eleição ou escolha interna de determinado representante. As deliberações “interna corporis” são indevassáveis.

Até a Resolução CNS nº 33 de 1992 nada mais referente à composição foi detalhado ou esclarecido em termos normativos, o que causou e ainda causa distorções na representação. A Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde subdivide a representação destes demais segmentos em 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços de saúde (incluindo prestadores públicos e privados).

Discutido e aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, mas até o momento não homologado pelo Ministro da Saúde, o documento normativo que substituirá a Resolução nº 33/92 procura estabelecer mais claramente as questões relacionadas com a organização dos conselhos.

O documento mantém, em princípio, a mesma proporcionalidade para os segmentos, sem subdividir os percentuais onde estão inseridos mais de um tipo de entidade, por exemplo, na situação dos 25% destinados à representação do governo e das entidades ou instituições prestadoras de serviços (onde se incluem públicas, filantrópicas e privadas). Também mantém os 25% destinados aos trabalhadores de saúde (CNS, 2002).

As questões enfrentadas pelo CNS na revisão da norma é que a mesma é utilizada por estados e municípios, sendo que mais da metade dos municípios brasileiros possuem populações abaixo de 10.000 habitantes e estes, via de regra, não contam em seus territórios com entidades de prestadores de serviços ao SUS e de trabalhadores de saúde. Isto já constitui um problema nos pequenos municípios, pois estas vagas ou não são ocupadas ou passam a ser ocupadas indevidamente, alterando a proporcionalidade recomendada.

A representação de trabalhadores de saúde inclui: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de categorias profissionais da área de saúde.

Quanto à representação do governo, onde o órgão governamental estaria representado por pessoas do Ministério ou das Secretarias de Saúde, substituiu-se apenas pela denominação “representantes do governo”, podendo portanto, estar incluídos aí os representantes de outros órgãos governamentais, da área de educação, saneamento, previdência, entre outros, a critério do poder executivo local. Isto já constitui uma prática, especialmente em conselhos municipais de saúde de cidades de pequeno porte.

As entidades prestadoras de serviços de saúde (que podem ser públicas ou privadas), estariam representadas, neste caso, ou por representantes de unidades públicas (o que equivale dizer dos gestores de saúde), ou por entidades filantrópicas e/ou privadas da área da saúde.

O que se tem visto na prática é que os prestadores de serviços privados estão ausentes na maioria dos órgãos de controle social, seja por não existirem, seja por desinteresse em pactuar nos pequenos municípios. Sua participação tem sido maior nos conselhos estaduais e no CNS. O que deve ser observado aí é a manutenção da proporcionalidade.

Foram observadas tentativas de organização, distribuindo-se os 25% dos segmentos em 12,5% para gestores e representantes de unidades públicas e 12,55 para entidades privadas ou filantrópicas, o que continua a ser um problema insolúvel para municípios muito pequenos, pela ausência de representação.

Quanto à representação dos usuários, o documento em estudo recomenda (CNS, 2002):

A representação de órgãos ou entidades deverá ter como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais no âmbito de atuação do conselho. Ressalvadas as especificidades locais, poderão ser contempladas as seguintes categorias identificadas:

- a) de associações de portadores de patologias;*
- b) de associações de portadores de deficiências;*
- c) de entidades indígenas;*
- d) de movimentos sociais e populares organizados;*
- e) do movimento organizado de mulheres em saúde;*
- f) na área da saúde;*
- g) das entidades de aposentados e pensionistas;*
- h) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações de trabalhadores urbanos e rurais;*
- i) de entidades de defesa do consumidor;*
- j) de organizações de moradores;*
- k) de entidades ambientalistas;*
- l) de organizações religiosas e ecumênicas;*
- m) da comunidade científica;*
- n) de entidades patronais.*

Além disso, no que se refere à organização e composição dos conselhos, o novo documento normativo deverá aprovar (CNS, 2002):

- que o número de conselheiros será indicado pelos plenários dos conselhos e das conferências de saúde;
- que os representantes nos conselhos serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos, de acordo com a sua organização ou dos fóruns próprios e independentes;
- o mandato dos conselheiros será definido no Regimento, não devendo coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações;
- os representantes dos usuários e dos trabalhadores em saúde durante o exercício de seu mandato, não poderão exercer cargo comissionado ou de chefia, na esfera de sua representação;
- a participação dos poderes Legislativo e Judiciário não cabe nos conselhos de saúde, em face da independência entre os Poderes;
- os segmentos que compõem o conselho são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde, a partir da posição peculiar que ocupam.

Outro ponto relevante, apontado em vários estudos sobre conselhos de saúde, é a diversidade encontrada entre os atores sociais que atuam nos conselhos, incluindo-se aí questões relacionadas ao conhecimento acumulado sobre organização e práticas de saúde e as relações de poder entre os diferentes segmentos que participam dos conselhos, pois estes espaços são verdadeiras “arenas” que reúnem diferentes atores – dirigentes de serviços, trabalhadores de saúde e usuários – numa relação de interesses bastante desigual.

Ribeiro (1997), ao estudar vários órgãos colegiados do SUS alerta para a formação de uma tecno-estrutura de Estado que participa da elaboração de problemas e de soluções no processo de tomada de decisão. O conceito de tecno-estrutura provém de Galbraith (apud IANNI, 1986) e traduz como “o arcabouço formado por especialistas que penetram os espaços de decisão e operam uma substituição paulatina do padrão tradicional”.

Incorporando o conceito, podemos inferir que a tecno-estrutura das instituições governamentais de saúde no Brasil ainda deve encontrar-se fortemente impregnada do paradigma da Reforma Sanitária, o que possibilitaria, em tese, a construção de alianças dentro dos espaços de controle social. Por outro lado, também podemos supor a presença de atores sociais cujos interesses são contrários ao paradigma, de onde deduzimos que a imagem da “arena de conflitos” é real.

Como adverte Cecílio (1997), tanto os dirigentes da organização como os trabalhadores de saúde e os usuários possuem seus “projetos políticos” individuais, ficando claro o grau de complexidade presente nesta relação. E, lembra o autor, oportunamente que, para que se exerça algum controle sobre um objeto é necessário que seja possível conhecer este objeto.

Dal Poz & Pinheiro (1996), avaliaram a qualidade dos serviços de saúde frente ao controle social no estado do Rio de Janeiro, e observaram que o cerne do problema parece referir-se à relação entre os atores envolvidos no processo de tomada de decisão. Isso ocorre especialmente pela ausência de informações oferecidas aos representantes dos usuários e pela predominância da linguagem técnica

pelo segmento governamental, o que dificulta e afasta as possibilidades de manifestação e real expressão do controle social.

O Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde (2002), no diagnóstico que faz sobre controle social destaca que:

os conselhos de saúde hoje carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo.(...) Ao não trabalharem com informações em saúde, perdem a capacidade de gerar agendas sociais de ação adequadas à percepção da dimensão dos problemas, suas determinações sociais e sua distribuição no território. (BRASIL, 2002: 44).

O Relatório conclui que a causa maior da distância dos conselhos em relação às informações decorre das dificuldades de acesso às informações motivadas pela falta de domínio das tecnologias de uso das informações e pela não compreensão dos métodos de análise e interpretação. Esses fatores impedem o uso do vasto universo informativo passível de ser explorado, integrado e utilizado por todos os atores sociais envolvidos (BRASIL, 2002).

Mas vale a pena alertar que o problema pode também estar relacionado com a interpretação das atribuições dos conselhos, pois a legislação não é suficientemente clara.

Legalmente os conselhos devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme explicita a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu artigo 1º:

O Sistema Único de saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 contará, 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 (.....)

2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 do governo.

3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

4º A representação dos usuários nos Conselhos de saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

5ª As Conferências (.....)

Embora a Lei não limite aos aspectos econômicos e financeiros a atuação dos conselhos e sim apenas ressalte estes aspectos através da inclusão, com a justa finalidade de deixar clara uma atribuição que poderia vir a ser questionada, o que ocorreu a partir daí foi o privilegiamento, senão a compreensão de que esta é a competência maior dos Conselhos. Mesmo quando se trata de interpretar a Lei, nos anos imediatos à sua publicação, o texto não consegue alcançar clareza quanto às demais atribuições do controle social.

Segundo os comentários que Carvalho e Santos (1992) fizeram sobre a LOS - Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/90), a importância do controle da política de saúde (programas, planos, ações e serviços) através de seus aspectos econômicos e financeiros não deve ser minimizada, pois “é através da análise cruzada de tais aspectos que são descobertas as distorções finalísticas e operacionais de um plano de saúde, ou parte dele”. (CARVALHO & SANTOS, 1992: 247).

No entanto, esta interpretação não parece suficiente, pois os conselhos possuem a complexa missão de zelar pela concretização dos princípios e diretrizes do SUS através de sua aplicação concreta nas políticas de saúde. A prática de mais de doze anos nos conselhos já demonstrou a necessidade de precisar mais as competências dos conselhos, conforme relata Santos (2003:1), em sua avaliação final ao deixar o cargo de presidente do CNS:

(...) as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, conferidas aos conselhos de saúde pela Lei 8.142/90, colocaram para os conselhos, na sua relativamente curta trajetória, a concentração da sua atuação no controle da execução, atividade esta aparentemente incorporada na cultura e práticas de fiscalização. A atuação na formulação de estratégias, aparentemente mais complexa e distante das representações sociais, e mesmo dos escalões intermediários do Governo, foi ficando em segundo plano, no decorrer dos anos 90.

Santos (2003) reflete que mais tarde, quando foram surgindo demandas relacionadas ao controle e execução das ações, os métodos de avaliação não estavam claros e tornavam as tarefas inquietantes. Onde e como encontrariam comprovações de que o SUS e a cidadania na saúde estão sendo construídos? Os costumes e práticas tradicionais de fiscalização e controle da execução não davam conta das questões que iam surgindo, e a execução das políticas, no dia-a-dia, foi trazendo aos conselhos, volumes cada vez maiores de “casos” de má execução, que feriam e ferem os interesses dos usuários, dos profissionais, dos prestadores de serviços e do próprio Governo.

A nova Resolução CNS (em substituição à Resolução CNS 33/92) que deve aprovar diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, detalha com mais pormenores as competências dos conselhos (CNS, 2002:5):

Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde compete:

- I- Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS para o controle social da saúde;*
- II- Elaborar o Regimento do Conselho e outras normas de funcionamento;*
- III- Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para sua aplicação aos setores público e privado;*
- IV- Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;*
- V- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;*
- VI- Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;*
- VII- Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde;*

- VIII- *Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização, da oferta e demanda de serviços, e princípio de equidade;*
- IX- *Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;*
- X- *Aprovar proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, §2º da CF), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei nº 8.080/90);*
- XI- *Propor critérios para programação e para execução financeira e orçamentária dos Fundos de saúde e acompanhar a movimentação e destinação de recursos;*
- XII- *Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, DF e União;*
- XIII- *Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão com prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;*
- XIV- *Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;*
- XV- *Encaminhar propostas e denúncias, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;*
- XVI- *Estabelecer critérios para determinação de periodicidade das conferências de saúde, propor sua convocação, estudar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências;*
- XVII- *Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos e entidades governamentais e privadas, visando a promoção da saúde;*
- XVIII- *Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;*
- XIX- *Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local das reuniões;*
- XX- *Apoiar e promover a educação para o controle social. Constará do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades de competência do conselho, bem como legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.*

Contudo, percebe-se que a maior clareza quanto às competências poderá trazer mais angústia aos conselhos, caso não seja acompanhada de um processo permanente de reciclagem e avaliação da atuação do controle social. Parece evidente a necessidade de organização dos instrumentos e métodos de trabalho junto ao controle social, além de processos que permitam a ampliação de conhecimentos entre os conselheiros.

A manutenção de predomínio do conhecimento técnico no segmento dos gestores do SUS e no segmento de profissionais de saúde, preservando-se um linguajar muito próprio e por vezes ininteligível para os atores sociais dos demais segmentos pode ser estratégica, quando se analisa as relações de poder internas nos conselhos.

Wendhausen (1999), analisou as relações de poder em um conselho municipal de saúde em Santa Catarina, após uma década de sua implantação e alerta para que se observe, de forma perspectiva

e histórica, para os diversos discursos que foram produzidos naquele espaço, a fim de perceber os limites e as possibilidades que se configuram a partir das práticas que se impuseram ao longo desses anos. A autora concluiu em sua análise, que a participação quantitativa dos representantes de usuários não corresponde à qualidade de sua participação, pois constatou que:

O segmento governamental utiliza-se da maior parte dos espaços de fala, estabelecendo relações monológicas e assimétricas, baseadas no saber/poder presente nas relações entre usuários e instituições médicas.(...) o predomínio do “discurso competente” do segmento governamental restringindo a participação do usuário pode ser definido como um “silenciamento”(Wendhausen, 1999:2).

Santos (2003:4), comenta a relação dos conselhos com os gestores do SUS, em âmbito externo:

Por sua vez, os gestores, condicionados à cultura secular da gestão sem participação, rotulavam os conselhos de emperradores da gestão, quando não de corporativistas, basistas e partidários. Os conselhos, contudo, consideravam os gestores autoritários e burocráticos, quando não clientelistas, fisiologistas e também partidários.

O Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde (2002:64) destaca ainda outros problemas que têm, em maior ou menor grau, emperrado a evolução do controle social no país:

- a) a existência de gestores cujos perfis são inadequados, manifestando-se pela ausência de responsabilidade e de compromisso com a gestão democrática;*
- b) carência de autonomia de certos conselhos frente ao executivo, sendo comuns os chamados “conselhos cartoriais”, atrelados ao gestor;*
- c) problemas de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades em sua composição;*
- d) vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive no segmento de usuários, comprometendo sua autonomia política;*
- e) falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados de suas bases, instituições ou segmentos;*
- f) participação através de indicação clientelista, diante de um contexto geral de desorganização da sociedade civil;*
- g) falta de capacitação de gestores e conselheiros quanto aos princípios e legislação do SUS;*
- h) pouca capacidade dos conselheiros para a formulação de propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde;*
- i) desconhecimento dos conselheiros sobre mecanismos de articulação com outras formas de controle social;*
- j) desmotivação e/ou ausência de conselheiros nas reuniões (dos conselhos), e*
- k) omissão de conselheiros no cumprimento de seu papel nos fóruns;*

Um papel importante, de fato, pode ser desempenhado pelos processos de capacitação do controle social, conforme algumas recomendações contidas no Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde sobre o tema:

- a) (...) a necessidade de promover a capacitação dos conselheiros (...) com o envolvimento de órgãos gestores e das instituições formadoras de recursos humanos, principalmente no que se refere aos princípios e modelo de organização do SUS, com ênfase na importância dos mecanismos de controle social e na participação cidadã.*

b) Deve ser estimulada a presença, nos cursos de capacitação de conselheiros e usuários do SUS, de lideranças sociais, trabalhadores de saúde e gestores, para discutirem e deliberarem sobre a complexidade dos problemas do SUS, incluindo nesses esforços o tema da Política Pública Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.

c) Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de RH das secretarias de saúde e dos Pólos de Educação em Saúde para disponibilizarem, periodicamente, cursos para conselheiros de saúde e usuários do SUS (...)

Desde 1999, o Conselho Nacional de Saúde, acatando as demandas de reuniões, encontros e plenárias regionais e nacionais de conselheiros, e de conferências, vem propondo e discutindo diretrizes para capacitação de conselheiros (BRASIL, 1999; BRASIL, 2003). A X Conferência Nacional de Saúde (1998) também já recomendava o investimento em capacitação do controle social. Um projeto nacional foi solicitado no mesmo ano, entrando em licitação internacional em 2001. Tendo vencido um consórcio realizado entre a Universidade de Brasília (UnB), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a programação encontra-se em fase de realização, através do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS. Este programa consiste de uma parceria entre a Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde (SIS/MS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Ministério Público (MP) e consta de cursos para capacitação para Conselheiros de Saúde de todos os municípios brasileiros e de cursos de formação para membros do Ministério Público. O programa entrou em atividade no último trimestre de 2002 e seu objetivo é

(...) fortalecer os mecanismos de controle social no SUS através da capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde na formulação de estratégias e controle da execução de políticas, e da formação de membros do Ministério Público, federais e estaduais, em Direito Sanitário. O projeto de capacitação prevê atingir 399 conselheiros estaduais e 43.207 conselheiros municipais de saúde em todo o país. O projeto de formação em Direito Sanitário beneficiará 1.263 promotores e procuradores de Justiça.(CNS, 2003:1).

Na área de capacitação de conselheiros, especificamente o programa vem sendo aplicado através de oficinas de trabalho, com o suporte de monitores residentes na região do curso. A finalidade da capacitação é instrumentalizar os conselheiros para o cumprimento de sua função de controle social, enfatizando exercícios de análise de situações de conflito e de técnicas de negociação (CNS, 2003).

Quanto à formação de membros do Ministério Público, os promotores e procuradores participam de cursos de extensão em Direito Sanitário. A atividade vem sendo realizada à distância. Também está sendo proporcionado acesso a cursos de especialização em Direito Sanitário, igualmente à distância. O objetivo é levar esses profissionais a estarem aptos a defender os direitos da população no que se refere à saúde, a partir da análise dos problemas diários e do conhecimento jurídico (CNS, 2003).

Avaliações quanto ao cumprimento das metas do curso, entretanto, apontam inúmeras dificuldades, a começar pelo problema de mobilização e de divulgação, uma vez que se tem estimado extra-oficialmente em uma participação em torno de 1/3 do esperado na área de capacitação de conselheiros de saúde. Outros problemas são verificados na área de financiamento do curso.

Embora seja muito precoce uma avaliação do contexto geral das políticas de saúde e de modo específico junto ao controle social, no Governo Luis Inácio Lula da Silva, há claras indicações de que os problemas a serem enfrentados e superados na alçada do controle social, ainda são muitos.

2.3. Universalidade, eqüidade e integralidade : direitos humanos e princípios do SUS

Referente aos movimentos sociais em torno da saúde, podemos retorcendo no tempo e lembrar que, no mundo ocidental, a luta pelo direito à saúde esteve incluída na luta mais geral pelos direitos humanos e sociais, inscritos pela primeira vez na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 24 de agosto de 1789.

A Declaração Universal de Direitos Humanos, na primeira frase do Artigo 1, proclama que ‘todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos’. A idéia dos direitos humanos universais recebeu a aprovação oficial da ‘comunidade internacional’ em consequência do fascismo e no período pré-Guerra Fria e está intrinsecamente e intimamente associada à ONU - Organização das Nações Unidas. A Carta da Organização das Nações Unidas declara, no segundo parágrafo de seu preâmbulo, que um de seus principais objetivos é ‘reafirmar a fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana, nos direitos iguais de homens e mulheres e de grandes e pequenas nações’, um compromisso que é repetido em três das quatro propostas da ONU dispostas no Artigo 1. A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada pela Assembléia Geral em 1948.

A ideologia legitimadora auto-anunciada da ONU é a de soberania popular ou nacionalismo democrático. Mas, de acordo com certos argumentos recentes, as identidades das pessoas são constituídas por suas culturas e estas culturas nacionais são um importante, embora não exclusivo, componente. O respeito pelas pessoas requer, deste ponto de vista, a proteção política de suas culturas. Isso suscita um problema para a idéia de direitos humanos universais. Pois, se somos obrigados a respeitar ‘culturas’, e reconhecemos que existem várias, diversas culturas no mundo, a idéia de direitos humanos universais parece ainda ameaçada pelo relativismo cultural (Freemann, 2003).

Assim, a idéia de direitos humanos universais, apesar de sua obviedade moral, é controversa. Direitos humanos são universais e a idéia é moralmente forte porque está conceitualmente ligada a noções de justiça, decência e prosperidade humana, e estende essas noções a toda humanidade. A doutrina de universalismo ético é que é controversa. A universalidade tem sido vista como uma forma de ‘imperialismo cultural’, isto é, uma expressão da hegemonia cultural do Ocidente. Em outros casos também se nega a possibilidade de uma ética universal e se sustenta que toda moralidade nasce de culturas particulares e, desde que existem, obviamente, diversas culturas no mundo, deve haver muitas moralidades (Freemann, op cit.).

No campo dos direitos humanos, os governos freqüentemente se defendem contra a crítica internacional apelando para o princípio legal de soberania do estado. Misturam, freqüentemente, isso com o apelo ao relativismo cultural. E a doutrina do relativismo cultural, segundo Freemann (op Cit.) não oferece uma proteção imparcial para a ‘cultura’, pois privilegia os interesses dos poderosos sobre

os dos fracos, que podem não ter alternativa (através de falta de recursos materiais e educacionais) para a aceitação das normas culturais dominantes.

A Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, reafirmou, através de seus princípios gerais, § 1.1 e 1.2 as noções de universalidade e de equidade:

§ 1.1 A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos reafirma o compromisso solene de todos os Estados de promover o respeito universal e a observância e proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de todos, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, outros instrumentos relacionados aos direitos humanos e o direito internacional. A natureza universal desses direitos e liberdades não admite dúvidas. Nesse contexto, o fortalecimento da cooperação internacional na área dos direitos humanos é essencial para a plena realização dos propósitos das Nações Unidas. Os direitos humanos e as liberdades fundamentais são direitos originais de todos os seres humanos; sua proteção e promoção são responsabilidades primordiais dos Governos.

§ 1.5 Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. As particularidades nacionais e regionais devem ser levadas em consideração, assim como os diversos contextos históricos, culturais e religiosos, mas é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, independentemente de seus sistemas políticos, econômicos e culturais.

O direito à saúde é reconhecido e proclamado pela OMS – Organização Mundial da Saúde, criada por incentivo da ONU, que no preâmbulo de sua Constituição (1946) conceitua saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de outro agravo”. E enuncia em seguida :

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946 :1).

Este reconhecimento do direito, independentemente do conceito que a saúde possa adquirir, ampliado ou adaptado de acordo com as diversidades e variações de interpretações, vem a promovê-lo juridicamente. Dallari (1995), refere Forges, indicando que o direito à saúde pode ser representado como “o conjunto de regras aplicáveis a atividades cujo objeto seja restaurar a saúde humana, protegê-la e prevenir sua degradação”. Estas regras não são recentes e já aparecem nas legislações mais antigas.

Mas é na busca por fundar o estado de igualdade, na Constituição moderna originária do jusnaturalismo e do racionalismo (contra o absolutismo), que se vincula a idéia de que todos os homens têm direitos inalienáveis decorrentes de sua condição humana. Essa igualdade, expressada tanto na Constituição Francesa (1791) como na Constituição dos Estados unidos da América (1787), e na Declaração dos Direitos do Homem (1789), é que passou a limitar o poder dos governantes e afirmar esferas de atuação individual que deveriam ser respeitadas.

A noção de cidadania produz um espaço público de igualdade entre indivíduos. “Cidadania é a mediação jurídico-política que articula o estado capitalista com indivíduos formalmente iguais, ao mesmo tempo que lhes outorga a legitimidade do poder político” (FLEURY apud ESCOREL, 2000).

Segundo Escorel (op Cit.), os direitos sociais, uma vez reconhecidos – e é aí que se situa o direito à saúde - vêm estabelecer um marco na ampliação da cidadania nas sociedades modernas. Estes, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania, particularmente as formas diferenciadas de compreender o significado de “satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social”

Neste século, após a Segunda Grande Guerra é que passou-se a afirmar constitucionalmente o direito à saúde (Itália, 1947; Portugal, 1976; Espanha, 1978), sendo que no Brasil o primeiro texto constitucional que faz referência à saúde como integrante do interesse público, é o de 1988.

Uma vez inscritos no âmbito jurídico e constitucional e designada a esfera de competência que trata das questões relacionadas com os direitos à saúde, resta discutir a responsabilidade no sentido do cumprimento das ações. Aí é que se instala a crise, pois responsabilidade tem tomado um sentido distanciando do termo romano *respondere*, que originou a palavra, de “stipulação”, onde o *sponsor* é o devedor, ou seja, aquele que garante eventos futuros. Esta é a noção de responsabilidade política. No parecer de Dallari (op Cit.), a responsabilidade contemporânea assume o sentido indenizatório, de reparação do prejuízo. E soma-se a esta tendência o fato de que a responsabilidade expressa em termos constitucionais dificilmente se refere a um indivíduo ou pessoa e sim mais comumente ao Estado - grupo personalizado de direito público - por danos derivados da “culpa do serviço” que não funciona ou que funciona mal”.

A crise da responsabilidade converge, no caso do Sistema Único de Saúde à imprecisão ou à polêmica conceitual sobre seus próprios princípios doutrinários, o que também dificulta sua operacionalização.

Além disso, o processo de globalização econômica tem imposto restrições nas políticas sociais e causado indiscutíveis impactos negativos nas condições sociais das populações do hemisfério sul. As iniquidades já existentes vêm se aprofundando e ampliando em razão do desemprego, e a busca de compreensão do sentido de equidade está intensificada nos últimos anos. Seminários, debates e pesquisas vêm sendo estimulados e apoiados tanto pela academia como por organismos internacionais.

A intenção deste movimento é definir métodos e instrumentos de gestão social em saúde, capazes de produzir recursos que coloquem a eficiência e a qualidade da atenção a serviço da equidade. Equidade implica em universalidade. Procura-se também observar a integralidade das reformas e a concepção integral de saúde, onde as ações e serviços possam ser vinculados à melhoria da qualidade de vida. Busca-se visualizar as competências do Estado quanto à implementação de políticas mais equânimes. E entre uma vasta agenda de temas para discussão, inclui-se ainda a definição do papel da sociedade civil e, especialmente, a cidadanização do usuário. (Escorel & Giovanella, 2000).

No âmbito internacional, o debate sobre equidade tem interessado também às agências financiadoras (Banco Mundial) que vinculam a eficiência ao alcance da equidade. Nessas propostas, o argumento da equidade vertical, de tratamento desigual para desiguais é utilizado, com orientações seletivas que priorizam intervenções que resultem em maior número de anos de vida ajustados por qualidade de vida a um menor custo (Banco Mundial, 1993).

As recomendações do Banco Mundial para os países latino-americanos é de aplicação de políticas de saúde focalizadas, conforme detalhamos no item 2.1.2. desta revisão (páginas 28 a 32), mas a grande maioria dos autores reconhece o retrocesso e o risco que se corre, pois os rumos são opostos ao direito universal à saúde, e a equidade e integralidade perdem o sentido quando divorciadas deste.

Como alertam Escorel e Giovanella (op Cit.), para que se alcance maior justiça social é necessário que as políticas sociais setoriais sejam formuladas e apoiadas na lógica do direito e não apenas da necessidade. A dicotomia entre universalização e focalização é falsa, visto que quando se opta por políticas sociais universais, que respondam aos direitos dos cidadãos, não exclui, se necessário, a implementação de políticas focalizadas dirigidas aos grupos sociais mais vulneráveis.

É evidente a interação existente entre os princípios doutrinários do SUS – universalidade, equidade e integralidade – pois, no sentido amplo de direitos humanos, a equidade só é possível se norteada pela universalidade. Por outro lado, a adoção do princípio da integralidade na atenção à saúde torna possível a promoção da equidade, considerando-se as diversidades e singularidades de cada indivíduo ou grupo. Tomaremos cada um dos princípios, em particular, procurando apreender o sentido com que foi inserido no capítulo de Direitos Sociais da Constituição Federal, embora esteja claro que no conjunto da cidadania não podem ser isolados.

Universalidade

A universalização do direito à saúde consagrada na Constituição Federal de 1988 encontra-se inscrita no Capítulo da Seguridade Social, onde, na Seção I, das Disposições Gerais consta o Art. 194: *A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II- (...)* (Brasil, 1988).

Na Seção II, da Saúde, o Art. 196 afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

As diretrizes constitucionais no campo da saúde provêm de indicações da VII Conferência Nacional de Saúde que, por sua vez representa a síntese da plataforma de lutas do movimento sanitário.

Os princípios defendidos pelo movimento e assumidos institucionalmente a partir de 1988, necessitam sempre ser analisados à luz do conceito de saúde. O conceito de saúde defendido não é o mesmo utilizado pela OMS: saúde quer dizer muito mais, se amplia, pois o Relatório Final da VII CNS, enuncia claramente os determinantes das condições de saúde: "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." (Brasil, 1986,118).

Quanto à universalização como direito à saúde, refere-se tanto às condições de vida quanto ao acesso aos serviços de saúde, pois o mesmo Relatório no Tema I, da Saúde como Direito, recomenda “a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população” (Brasil, 1986: 382). E no Tema 2, da Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, recomenda que “O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: (...) b) atinentes às condições de acesso e qualidade – universal em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas” (Brasil, 1986: 385).

O conhecido estudo de Faveret & Oliveira (1990), denominado “A Universalização Excludente”, relata a aplicação do princípio de universalidade no SUS de modo oposto ao que foi indicado e esperado pelos mentores da reforma sanitária.

Os autores analisam que a universalização proposta pelo movimento sanitário foi a inclusiva, similar à que foi obtida pelo modelo inglês, pois previa a eliminação da contribuição previdenciária como requisito para o atendimento nos serviços de saúde. Com cunho distributivo, a universalização permitiria significativa transferência de recursos de segmentos que contribuíssem para o financiamento de ações de saúde aos não contribuintes. Chamamos atenção para o fato de que, nesta postura também se embute uma noção de equidade, tal como hoje é compreendida, embora equidade ainda não tivesse ingressado no vocabulário do movimento sanitário, conforme bem lembra Escorel (op Cit.).

A verificação da “universalidade excludente” ocorre pela constatação de que, uma vez aplicado em momento de contenção de custo e controle dos gastos recomendados pela política econômica, o princípio da universalização não poderia assumir seu sentido pleno, pois para o entendimento neoliberal,

(...) o bem-estar social pertence ao âmbito do privado e que suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados. Por isto, o Estado só deve intervir a fim de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir aqueles serviços que os privados não podem ou não querem produzir. Propugnam, pois, um Estado de beneficência pública ou Assistencialista e não de Benfeitor. Isto implica que o neoliberalismo rechaça o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal; está terminantemente contra a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços. (LAURELL, apud COELHO, 1998).

A análise feita por Faveret & Oliveira (op Cit) conclui que, estes mecanismos de racionamento, provocaram a queda de qualidade nos serviços e ressurgimento das filas nos serviços do SUS. Esta queda de qualidade, associada às políticas de fortalecimento de novos mecanismos de financiamento ao setor privado por meio dos planos de saúde ao final dos anos 80, provocaram a expulsão, junto ao SUS, das camadas médias da população brasileira.

Os serviços públicos de saúde, conseqüentemente passam a cumprir os preceitos da política neoliberal, sendo assegurados para segmentos menos privilegiados da população, que, por falta de opções persistem nesta condição. Por outro lado, os autores avaliam que o princípio de universalidade fica ainda mais fragilizado pela exclusão dos segmentos da população mais exigentes e com maior capacidade de vocalização das demandas.

Eqüidade

No debate sobre a reforma sanitária brasileira, a exemplo de outras reformas, não se levantou a eqüidade como um princípio, especificamente, de modo que não está inscrita legalmente. Escorel (2001) explica que no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde ela aparece apenas vinculada ao acesso aos serviços, e que em textos produzidos nos anos seguintes o tema da eqüidade “transborda” do acesso para os serviços de saúde, como princípio orientador de políticas.

No texto de apresentação da *Legislação Básica do SUS* (BRASIL, 2000), o Sistema Único de Saúde é descrito como sendo universal, integral, descentralizado, racional, eficiente e eficaz, democrático e equânime. O texto faz diferenciação entre igualdade e eqüidade e estabelece que o princípio da eqüidade significa que a rede de serviços deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as ações às necessidades de cada parcela da população.

Na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, menciona-se o princípio da igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, que se desdobra na universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, Lei 8080, 1990).

Em 1993, a NOB SUS 01/93, normatizadora do processo de descentralização, estabelece que “o objetivo mais importante a alcançar com a descentralização, [é] a completa reformulação do modelo assistencial dominante, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral, universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada”. E a NOB SUS 01/96 utiliza o termo equânime definindo-o apenas como “justa igualdade”.

A inclusão da eqüidade entre os princípios do SUS, reflete o esforço que vem sendo realizado no mundo acadêmico e institucional para compreensão e conseqüente aplicação do direito universal à saúde, apoiado pelo direito à igualdade mencionados na Constituição. Mas o debate não está circunscrito ao processo brasileiro, ao contrário, é proveniente de um contexto de discussão mais abrangente e também não tão recente como se tem feito supor.

Para a OMS - Organização Mundial da Saúde, a eqüidade é traduzida como igualdade de oportunidades. Eqüidade está, desta forma, referida à criação de iguais oportunidades em saúde para que todos possam ter uma justa oportunidade de realizar o seu potencial de saúde. Giovanella et al (1995/96), comentam que a dificuldade, frente a essa acepção, diz respeito primeiro à construção consensual do que é considerado justo e segundo para definir o potencial de saúde de cada um, discriminando as características biológicas.

Supondo que a justiça acima referida esteja restrita, na concepção da OMS, à condição de acesso aos cuidados de saúde, o que se pode considerar é que estes cuidados representam apenas um dos incontáveis fatores que interferem nas desigualdades em saúde. Assim, considerar eqüidade no consumo de serviços de saúde como a igualdade de acesso e utilização para necessidades iguais significa, portanto, contemplar também a discriminação positiva de modo a garantir mais direito a quem tiver maiores necessidades e eliminar privilégios de grupos e pessoas (Vianna, 1989 apud Giovanella et al. 1995/96).

Travassos (apud Escorel & Giovanella, 2000), salienta que é necessário fazer uma distinção entre equidade em saúde² que aponta para os resultados, ou seja, que tem por objetivo alcançar um mesmo nível de saúde entre diversos grupos sociais e/ou regiões de um país, e equidade nos cuidados de saúde, uma vez que os determinantes não são os mesmos.

A autora lembra que a equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas, ao passo que a utilização dos serviços de saúde está determinada, tanto pelas necessidades de saúde da população, como pelas características da oferta dos serviços de saúde. Assim, a obtenção de equidade no uso dos serviços de saúde não resulta necessariamente em equidade em saúde. A equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde é condição necessária mas não suficiente para a obtenção da equidade em saúde.

O objetivo das políticas de equidade, segundo Whitehead, é reduzir ou eliminar diferenças em saúde, resultantes de fatores considerados, ao mesmo tempo, evitáveis e injustos. Políticas essas dirigidas tanto às raízes dos problemas diminuindo riscos diferenciais, como provendo serviços de saúde que dêem conta da maior necessidade de cuidados que as iniquidades criam. (Whitehead, apud Giovanella et al., 1995/96).

Entretanto, nas orientações das últimas décadas para as reformas de saúde, a equidade encontra-se subordinada à eficiência dos recursos. Escorel & Giovanella (2000) se reportam a Castellanos quando este adverte que as políticas de saúde devem considerar não somente os critérios de eficiência, custo-eficácia e custo-benefício, mas incluir a definição de prioridades em função do impacto potencial de eficácia social na redução das BRM – Brechas Redutíveis de Mortalidade (OMS)³ e nas condições de vida. Há uma forte associação entre BRM e condições de vida, que indica os limites das políticas compensatórias para aliviar a pobreza ou para combate de problemas específicos da saúde, quando não estão articuladas com projetos mais integrais de intervenção intersetorial.

Ao lado da discussão de equidade vinculada à eficiência dos serviços, vem ocorrendo amplo debate sobre a equidade desejável, do ponto de vista da igualdade implicada na democracia. Escorel (2001), que tem refletido sobre a questão e inclui, como instrumento, uma sala de debates da internet, lembra que é apenas no período contemporâneo que a equidade é introduzida no espaço da cidadania, que é um espaço de igualdade. A equidade relaciona-se assim com a diferença, associada às minorias. O termo é inclusivo e nomeou primeiramente as mulheres, povos indígenas e grupos étnicos; atualmente incorpora temáticas diversas como a do louco e a do negro.

Há uma tendência, na bibliografia, de definição de equidade diferenciada de igualdade. Os argumentos referem que igualdade é um princípio de justiça social, aborda a ética dos arranjos sociais, tem conteúdos valorativos e está centrada nos direitos da cidadania. Mas equidade, também incorpora regras de distribuição justa, encerra juízos de valor e é regida por orientações filosóficas e políticas.

² Os grifos são nossos.

³ As brechas redutíveis de mortalidade estão relacionadas não somente com o nível de desenvolvimento econômico dos países, mas também com o maior ou menor caráter redistributivo, o grau de desenvolvimento social acumulado e as condições de vida predominantes em suas populações medidos pelo IGADSA que é composto por cinco dimensões: acessibilidade acumulada a serviços básicos de saúde, acessibilidade relativa a recursos econômicos, acessibilidade acumulada a nutrientes, acessibilidade acumulada ao sistema educativo, acessibilidade acumulada ao saneamento básico.

“Ambos conceitos, igualdade e equidade partem do princípio de que os seres humanos diferem entre si em suas personalidades, identidades e necessidades” (ESCOREL, 2001:5).

A autora cita Sposati, que assinala que a noção de igualdade só irá se completar se compartilhada com a noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata, portanto, de um padrão homogêneo, e sim de um padrão equânime.

Almeida et al. (1999), entre vários outros autores esclarecem sobre a importância de se diferenciar igualdade de equidade, pois temos utilizado, muitas vezes os termos indistintamente e estes não são rigorosamente intercambiáveis. Isto suscita necessidade de uma maior precisão conceitual. Os resultados equitativos pressupõem redistribuições desiguais de recursos, produtos de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais, determinantes das desigualdades existentes.

Os autores chamam atenção ainda para a necessidade de distinguir diferença e diversidade. Para ela, a diversidade é determinada por fatores alheios à vontade humana ou traduz resultado das vontades individuais. Já aquilo que é considerado socialmente injusto envolve questões éticas, morais e políticas, referindo-se a diferenças “indesejáveis” e que são, portanto, passíveis de intervenção por meio das políticas dos diversos setores, inclusive o de saúde. (Almeida, 1999)

O debate produzido via internet também se ocupou de conceitos sobre termos correlatos ou contrários, como desigualdade, diferença, equidade e iniquidade. Considera-se que há uma distinção entre diferenças e desigualdades ou iniquidades. As diferenças são decorrentes de variações biológicas naturais (sexo, altura, idade), de comportamentos danosos à saúde livremente escolhidos (alimentação ou tabagismo) ou de comportamentos saudáveis. São atributos da esfera privada que caracterizam a pluralidade e a diversidade da espécie humana e não são consideradas desigualdades ou iniquidades.

Uma análise semântica de Lígia Vieira da Silva e Naomar Almeida Filho, da UFBA é citada e complementada por Escorel (op Cit.): diferença remete ao individual (pertence à esfera privada); diversidade refere-se à espécie (mas pertence à esfera privada e é coletiva). Já a desigualdade está associada com justiça (pertence à esfera pública e é coletiva); e iniquidade adquire sentido no campo político, como produto de conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade. Os autores concluem que

A equidade, segundo Perelman, corresponde então a um instrumento da justiça concreta, concebida para resolver as antinomias entre as diversas fórmulas da justiça formal. A equidade significa, dessa forma, um produto de uma intervenção sobre uma situação de conflito. (Silva & Almeida Filho, 2000:7 apud Escorel, 2003)

Célia Almeida (2000), introduz a idéia de que a equidade está relacionada com o grau de desigualdade social que uma sociedade aceita (ou consegue suportar) e ao operacionalizá-la, se deve levar em conta lógicas teóricas e políticas que orientem as formas de conceituar os grupos sociais e os arsenais tecnológicos disponíveis que instrumentalizam a intervenção e sua avaliação no sentido de diminuir as desigualdades em saúde. Isto equivale dizer que, em função do conjunto de valores predominantes, o termo equidade pode ganhar diferentes conotações ao longo do tempo e em distintas sociedades.

O debate na internet tende a apontar consensualmente a definição consensual sobre equidade/inequidade, Escorel (op. Cit.) aponta a definição de Margareth Whitehead : “ Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social”.

No campo da saúde, entretanto, as limitações na obtenção das boas condições de saúde são conhecidas. Por isso, as preocupações vêm sendo norteadas pela questão que se coloca frente a qual equidade podemos nos referir, a fim de torná-la factível. As respostas levam a novas reflexões que devem ter em mente que prioridades devem ser definidas, mas que a estratégia da focalização, isolada, não responde à universalidade do direito à saúde, deixando portanto, de atender à equidade que buscamos.

Integralidade

Na Seção II, da Saúde, o Art. 198 da Constituição Federal afirma que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral⁴, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Da mesma forma que o princípio da equidade, o conceito de integralidade⁵, tem origem ampla e difusa e não está definido legalmente. São encontradas referências à noção de integralidade contidas já na medicina hipocrática. Ressurgiu na Europa no século XIX, pela incorporação à medicina social; e no século XX reapareceu na formulação da medicina integral nascida nos Estados Unidos e mais tarde na noção emitida pelo modelo canadense de saúde na década de 70 (KEHRIG, 2001).

No Brasil, a noção ganhou *status* de conceito e, com força muito particular, foi legitimado pelos atores sociais da reforma sanitária brasileira e finalmente assumido como princípio do Sistema Único de Saúde – SUS, até consagrar-se na Constituição Federal.

Como os demais princípios doutrinários do SUS, a integralidade só adquire sentido se apoiada no conceito de saúde. Enquanto o princípio da universalidade parecia inquestionável e o da equidade ainda não tinha emergido, a integralidade foi bastante debatida pelo movimento sanitário, que formou a base político-ideológica da reforma sanitária.

O conteúdo doutrinário que norteou o movimento provinha da saúde coletiva, como uma resposta à dicotomia entre os serviços de saúde pública e os serviços de clínica desenvolvidos pelo setor previdenciário (MENDES, 1991). Conforme afirmam Costa & Aquino (2000:183), a reforma sanitária “*tinha como pressuposto fundamental a natureza social da saúde e da doença; também*

⁴ O grifo é nosso.

⁵ **Conceito 1:** representação de um objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais; ação de formular uma idéia por meio da palavra; definição; caracterização; noção (Aurélio). **Conceito 2:** unidade de significação que define a forma e o conteúdo de uma teoria (MINAYO, 1994, p. 92)

Princípio: proposição que se põe no início de uma dedução, e que não é deduzida de nenhuma outra dentro do sistema considerado, sendo admitida, provisoriamente, como inquestionável; preceito; regra; lei; postulados; teoremas, etc (Dicionário do Aurélio).

postulava saúde como direito à cidadania e o seu provimento como dever do Estado”; procedia uma profunda crítica ao modelo de atenção à saúde, o que resultou na formulação de uma proposta de reordenamento do sistema baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A integralidade pode ser entendida tanto na dimensão organizativa de um sistema, pressupondo para sua operacionalização a existência de integração entre seus vários níveis (promoção, prevenção ou recuperação), como na dimensão do cuidado ao indivíduo, pela abordagem mais abrangente, incorporando a esfera bio-psíquica-social da atenção dada (VUORI,1998).

Ambas avaliações foram consideradas pelo movimento sanitário e tratadas exaustivamente na VIII Conferência Nacional de Saúde. Na primeira, se desejava eliminar a fragmentação institucional vigente no setor, o que resultou na formulação de sucessivas estratégias: as AIS – Ações Integradas de Saúde, seguida do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, para chegar finalmente ao SUS - Sistema Único de Saúde, este sim com um comando público único e de acesso universal.

No segundo ponto de vista, a integralidade assume uma noção derivada da proposta da reforma médica dos anos 1940 e 1950 nos Estados Unidos, onde se inserem os projetos da medicina integral, da medicina preventiva e da medicina comunitária. Conforme descreve Donnangelo (1979): o conceito de medicina integral instala um confronto entre o trabalho fragmentário do médico, produto do desenvolvimento das especialidades, e uma concepção globalizadora do objeto individual da prática médica. O elemento central da crítica era o fato do objeto - o ser humano - se decompor para servir como alvo das interferências parciais do especialista, enquanto a doença também se fragmenta, consubstanciada no corte de ações terapêuticas e preventivas.

Uma recomposição, no sentido totalizador da prática, implicaria portanto, no descentramento do enfoque biológico e na orientação de cada ato médico para apreender e interferir com a complexidade do paciente (DONNANGELO, 1979; KEHRIG, 2001).

No Brasil, esta concepção de integralidade foi experimentada operacionalmente antes mesmo que o movimento sanitário obtivesse suas grandes vitórias jurídicas e institucionais. Trata-se da experiência desencadeada em 1983, com a implantação do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Neste, o conceito de assistência integral preconizava a “oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde”(BRASIL, 1984: 15).

Segundo Nogueira (2000), como a descrição programática do PAISM não destaca em particular nenhuma ação ou serviço, a integralidade aí é vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação dos serviços de saúde no seu todo, e não como se pudesse ser produzida como um somatório de programas ou ações bem articuladas estruturalmente.

O Ministério da Saúde assumiu, pelo menos discursivamente, as duas dimensões descritas por Vuori (op. Cit.), afirmando que a integralidade é considerada um dos mais relevantes princípios do modelo teórico proposto (SUS), podendo ser entendida como a capacidade de “assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades” (BRASIL,1990).

No Brasil, após a promulgação da Constituição Federal (1988), que incorporou os mais relevantes princípios da reforma sanitária, construiu-se uma expectativa de que, se estes fossem alcançados em sua plenitude, permitiriam a redução do hiato entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000 a, 2000b).

No entanto, as dificuldades de concretização destes princípios, especialmente os de cunho doutrinário – universalidade, integralidade e equidade - no decorrer da implantação do SUS, como se sabe, foram sendo cada vez mais ampliadas.

Kehrig (2001), relata que desde a VIII Conferência Nacional de Saúde havia consciência de que a operacionalização do princípio da integralidade exige uma tal reformulação dos serviços de saúde que implica superar, na prática, as dicotomias existentes. Na realidade, este princípio só alcança sentido se conduzir a serviços mais resolutivos.

A resolutividade é outro problema conceitual. Nas práticas de saúde, por exemplo, ela está associada pelos profissionais com disponibilidade de medicação necessária a um tratamento ou com suficientes opções terapêuticas ou com a disponibilidade de uma retaguarda de maior complexidade.

Em estudo relacionado à concepção de integralidade realizado por Castilhos et al (2001) também se notou, entre os profissionais médicos envolvidos, a interdependência entre noção de integralidade e a resolutividade acima descrita. Já para outra parcela dos demais profissionais da equipe de saúde (não médicos), a noção de uma atenção completa ou ideal (integral) não se relaciona com resolutividade neste sentido e sim com o modelo de atenção prestado, como por exemplo a adoção de estratégias de multidisciplinaridade e intersetorialidade. No mesmo estudo, as usuárias interpretam atenção ideal, com boa qualidade a partir de componentes como o tempo oferecido na consulta médica, além da solução ou do encaminhamento do problema.

O fato é que, no plano operacional, o conceito pode assumir diferentes versões, dependendo mesmo do referencial de qualidade proveniente do ambiente cultural, social e econômico, assim como do padrão de exigência e de expectativas individuais, e de uma série de valores próprios do contexto no qual é abordado. O conceito de equidade vem, neste ponto se associar ao da integralidade, podendo então, através do respeito às diversidades, diminuir as diferenças.

Valores quantitativos são importantes, mas não são decisivos, embora estejam sempre vinculados à resolutividade. Entretanto, sabe-se que mesmo com a inegável ampliação da cobertura assistencial obtida no país nas últimas décadas, não se alterou substancialmente o quadro sanitário do país (BUSS, 1995; CAMPOS, 1997). Isto reafirma o que já sabíamos: mesmo a abundante oferta de serviços de saúde no modelo convencional não dará jamais conta do problema.

Este mesmo argumento tem servido como justificativa para a adoção, predominante, de políticas seletivas na área da saúde e na implementação de programas e ações delas derivadas. Mas, embora seja óbvia a necessidade de, num país como o Brasil, contar com políticas sociais equitativas, com regras de distribuição orientadas para privilegiar grupos sociais economicamente mais vulneráveis, não é possível perder de vista a universalidade dos direitos sociais sob risco de perpetuar a pobreza e consolidar o estigma dos grupos já desfavorecidos (SCOREL, 2001).

A simplificação extrema dos programas provenientes das políticas internacionais racionalizadoras de focalização não é adequada a um país como o Brasil, com uma realidade diversificada e epidemiologicamente complexa. É como adverte Costa (1996b), essas agências parecem ter assumido o falso pressuposto de que as necessidades de cuidados de saúde da camada mais pobre da população podem ser resolvidas com uma cesta básica de serviços simplificados, enquanto os agravos de maior complexidade, como as doenças crônicas, por exemplo, seriam típicos das camadas médias e altas.

Aguiar (1998), discutindo sobre o mesmo tema, conclui que o espírito de reforma proposto pelos organismos internacionais parece assumir a segmentação de clientela como uma contingência inexorável do modelo, o que rompe definitivamente com os princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Do mesmo modo, Aquino & Costa (2000), reafirmam que as políticas e programas que recuperam a ótica da segmentação e focalização de problemas ou voltam-se para determinadas modalidades de assistência ou de clientela, ferem, respectivamente, os princípios da equidade e da integralidade. O problema não se situa, segundo as autoras, no significado de enfrentamento para extensão de cobertura e de correção de iniquidades que estas estratégias também possuem, mas sim porque são tomadas como ações isoladas do conjunto de outras necessidades em saúde, tornando-se assim impróprias e ineficientes.

Com todos os avanços obtidos no âmbito da legislação brasileira nos anos 80, paralelamente o que se verifica é que os efeitos da globalização e as influências do neoliberalismo na política de saúde tendem a reduzir o SUS a um projeto de desenvolvimento exclusivo da atenção primária de saúde, não deixando espaço para aplicação do conceito de atenção integral.

Mas, como se sabe, os conceitos têm sido sempre reajustados à dimensão desejada, no seu tempo e espaço, sendo permanentemente retomados e redimensionados em vista do processo no qual participam. Os princípios doutrinários do SUS, a integralidade, a equidade e especialmente a universalidade, persistem no âmbito do discurso e em seu nome se instituem programas, normas e até mesmo leis.

A integralidade tem sido contemplada no discurso de programas e ações seletivas atuais, mas ou não se debateu suficientemente seu significado ou este tem sido aprisionado e reduzido ao nível básico de atenção. A própria NOAS 01/ 02 (BRASIL, 2001), não privilegia seu sentido. Neste caso, a concretização do princípio de integralidade que norteou o movimento sanitário, vai requerer muito mais que a instituição de normas ou leis, e só se dará pela mudança real de posturas nos serviços de saúde.

É como alertam Castilhos & Feghali (1997), de que compromissos com estes princípios exigem muito mais que Normas Operacionais Básicas, pactuadas em complicadíssimas negociações, que cada vez impõem mais concessões e recuos à implementação da reforma sanitária.

A materialização da integralidade na sua dimensão finalística necessita de mudanças de grande porte, onde se preconiza inclusive deslocamentos de poder, como lembra Costa (1992), como por exemplo, a ruptura do *status quo* conferido pelo modelo de atenção tradicional, e deve-se ter em mente, que esse processo é lento, de profunda mudança de comportamento, tanto por parte de usuários

dos serviços como de profissionais de saúde. Entretanto, conclui a autora, “na referência desta mudança está a conquista de uma prática médica mais humanitária, solidária e ética, envolvendo médicos e demais profissionais de saúde”.

Como se verifica em tendências mais recentes, novas associações acadêmicas podem surgir, conferindo uma noção mais estreita ou mais ampliada ao conceito de integralidade, tal como a incorporação da idéia de intersetorialidade das ações e equipes, como propõe Carvalho (1993), extrapolando assim o âmbito do setor saúde, ampliando-o e partindo em direção ao modelo canadense de “cidades saudáveis”.

Este mesmo conceito de cidades saudáveis também evoluiu e associou-se a outros, conformando um novo significado à expressão “promoção da saúde”, conforme relata Kehrig (2001: 151), referindo a Organização Panamericana da Saúde:

A idéia é que os programas de promoção da saúde possam ser assumidos (...) por organizações universitárias, governamentais ou comunitárias, onde se enfoque a saúde de uma forma integradora e se estude a totalidade de exposições da pessoa no trabalho e na comunidade, as tensões ocupacionais e na família, a situação econômica, os problemas de saúde existentes, o estilo de vida e a herança genética. Pois vai ser este enfoque integrador que conseguirá os resultados mais saudáveis para a população.

No que diz respeito ao auto-cuidado na promoção da saúde, lembra Kikbusch, quanto às atitudes e às condutas relacionadas com a saúde, entendidas como parte integral do estilo de vida global da sociedade, onde se insere tanto o grupo social como o indivíduo.

Para este estudo consideraremos integralidade traduzida no sentido dos cuidados de saúde, seja na atenção individual, seja através da promoção da saúde, que é quando se pode oferecer alguma intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença. Do mesmo modo que foi feita distinção entre equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde (Travassos, apud Escorel & Giovanella, 2000), assim deve ser diferenciada a abordagem da integralidade, pois ao extrapolarmos este campo, o conceito vai assumir inúmeras formas, na dependência de valores individuais e coletivos.

As ações de saúde, se organizadas sob orientação da noção de integralidade, associada às noções de universalidade e de equidade, envolvendo a responsabilidade do Estado acima de tudo, mas contando também com os compromissos de novas posturas por parte das equipes e com a responsabilidade pelo auto-cuidado, podem contribuir para elevar o *status* de direito à saúde conferido à população brasileira no momento.

Ao instituir o PAISM, há mais de duas décadas, traduziu-se a proposta como

um conjunto de preceitos e normas que pressupõe a atenção às necessidades de saúde de um indivíduo ou grupo populacional, em sua totalidade e em sua singularidade, respondendo ao direito instituído de promoção, proteção e recuperação da saúde através de uma rede de ações e serviços. (Brasil, 1984)

2.4. Uma aproximação concreta ao significado de Integralidade: o PAISM

Para além do mundo dos conceitos, está o mundo político, forjador de sujeitos sociais. Isto pode ser constatado revisitando a história da atenção à saúde da mulher no Brasil.

A assistência à saúde da mulher, traduzida principalmente pelo cuidado médico, esteve tradicionalmente concentrada no ciclo gravídico-puerperal, reduzindo a saúde reprodutiva ao seu aspecto procriativo. Desta forma consolidou um olhar profissional muito limitado frente às reais necessidades femininas. Como descreve Faúndes (apud OSIS, 1994), entre os próprios profissionais da área existe o reconhecimento de que, para os sistemas de saúde, cuidar da saúde das mulheres equivale a prepará-las para procriar, além de providenciar condições favoráveis à gestação e ao parto, garantindo que desta forma surjam crianças e, conseqüentemente, adultos sadios.

Enquanto surgiam novas necessidades no campo da anticoncepção, por exemplo, mas as instituições públicas ainda se faziam reticentes, foram criadas, no Brasil, condições para que certas orientações e procedimentos nesta área pudessem se expandir por todo o setor privado, o que resultou em conseqüências desastrosas. Assim, quando em 1983, mesmo a despeito da queda das taxas de fecundidade que já vinham sendo observadas no país desde 1971, o governo federal manifestou-se publicamente preocupado com a explosão demográfica, conforme comenta Canesqui (1985), surgiram controvérsias, pois os resultados da política denominada política de “controle de natalidade” implantada predominantemente no norte e nordeste do país eram visíveis e polêmicos.

Naquele mesmo ano, foi criado no Ministério da Saúde, o PAISM, que se auto-anunciava como uma nova e diferenciada abordagem sobre saúde da mulher. Mas o fato de que, pela primeira vez o Estado brasileiro criasse, oficial e explicitamente, um programa de planejamento familiar sob sua responsabilidade levantou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade (OSIS, 1994; 1998).

Entretanto, o PAISM pretendia ir muito além da regulação reprodutiva, ao incorporar, revisar e divulgar o conceito da integralidade como o ícone de sua base doutrinária.

O PAISM constitui-se de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis – incluindo as demandas do processo reprodutivo. Compreende ainda todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina (...) e a adoção desses princípios/orientações para todo atendimento da rede de saúde, incluindo ações de emergências, internações hospitalares, ações de saúde mental, atenção clínica, cirúrgica e nas especificidades ligadas à mulher trabalhadora (...), complementadas pela oferta de ações educativas, promocionais, preventivas de diagnóstico e de recuperação da saúde (COSTA, 1999:).

A marca da participação do movimento de mulheres na concepção do PAISM à época foi decisiva neste contexto e de acordo com Pitanguy (1999), produziu um exemplo raro de colaboração

entre o Estado e a sociedade civil, constituindo uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde. A afirmação dos direitos da mulher do ponto de vista da atenção integral já contém em 1983 os princípios básicos que sustentariam a luta das mulheres mais tarde, nos anos 90 e que seriam assegurados na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em 1994 no Cairo, ou seja: a afirmação de que a mulher tem o direito de exercer uma autoridade sobre seu corpo, tomando decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva, e de que o estado tem o dever de fornecer os meios para que esta autoridade, seja de fato exercida, ampliando sua ação no campo da saúde (PITANGUY, 1999).

Para Ávila & Correia (1998), do ponto de vista do movimento feminista a saúde tinha se tornado, naquela ocasião, um tema central e estratégico na luta pela cidadania das mulheres, o que colocava a experiência de implantação do PAISM como uma possibilidade concreta de ação propositiva. Nesse momento, o movimento passou a refinar sua crítica ao poder médico, (inspirado pelo pensamento de Foucault e de autoras feministas) e contrói uma crítica profunda à representação fragmentada do corpo feminino dominante no discurso biomédico, à biologização da reprodução e da sexualidade e ao privilégio das técnicas curativas em detrimento da prevenção e da promoção da saúde.

Osís (1994), avalia que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, quando propõe o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, superando as ações isoladas em planejamento familiar. Em razão disso, o movimento de mulheres, passa a lutar por sua implementação. Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

Costa & Aquino (2000), descrevem que, através do PAISM, pela primeira vez e prioritariamente as ações destinavam-se à promoção da saúde das mulheres e não apenas à saúde de seus filhos.

O programa contou com um processo de ampla capacitação dos recursos humanos envolvidos, e realizou-se no decorrer da vigência do PAISM, um trabalho de adequação e implantação de normas técnicas e do material instrucional que foi fornecido às secretarias estaduais e municipais (OSIS, 1998). Após 1985 foi organizado, revisado e ampliado farto material de apoio técnico-científico e de orientação às condutas das equipes de saúde, através de sua Normas e Manuais Técnicos.

A parceria que se desenvolveu entre o movimento de mulheres e o Estado, através do Ministério da Saúde ou ainda do recém-criado (1985) Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, favoreceu o desenvolvimento de um conteúdo ampliado na visão de integralidade e a criação de estratégias pedagógicas e de material educativo que já continha a perspectiva de gênero, embora não declarada no corpo doutrinário do programa (COSTA & AQUINO, 2000). Essa visão ampliada de integralidade se deve reconhecidamente à interferência direta das mulheres, primeiramente no planejamento e implantação do programa e mais tarde no acompanhamento e avaliação do mesmo.

O reconhecimento no âmbito internacional, do grande avanço que significou o PAISM no Brasil, contudo, não foi suficiente para obter adesão ampla. O programa foi criticado por ter sido

construído verticalmente em um momento que precedeu as intenções e as primeiras experiências de descentralização. De fato, havia chegado cedo demais e não pôde absorver todas as demandas discutidas pelo movimento sanitário na VIII Conferência Nacional de Saúde, dois anos depois de sua implantação.

Também não conseguiu provocar rupturas duradouras na sólida cultura do setor saúde, pois hoje persistem as estratégias verticalizadoras, uma vez que não se encontraram substitutivos para os programas verticais; e não se obteve tampouco a significativa aplicação de práticas inovadoras na implementação do PAISM (COSTA, 1999).

Cabe questionar o quanto o PAISM se aproximou da ótica da focalização/segmentação, tão criticada nesta revisão bibliográfica, uma vez que volta-se às mulheres e que dentro das Ações Integradas de Saúde representou um grande investimento financeiro. Devemos considerar, neste sentido, que o PAISM estava proposto para a correção de iniquidades, com certeza, e que não se deu isoladamente, pois associava-se diretamente ao PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, compondo o PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Também é verdade que as ações voltadas à mulher tomaram maior vulto que as voltadas à criança, mas as causas que provocaram este privilegiamento não são claras e mereceriam ser melhor examinadas.

Ana Maria Costa, que foi uma das formuladoras da política de AISM - atenção integral à saúde da mulher, no caso brasileiro, faz a autocrítica, mas adverte também que não são aceitáveis os recuos em relação ao aspecto do conceito de integralidade assistencial (COSTA, 1999).

Atualmente, pouco se conhece sobre a situação das políticas de AISM nos estados e municípios, ou sobre o que restou de sólido nos tempos pós-PAISM. Observa-se necessidade de estudos neste campo, principalmente quanto ao princípio orientador de todo o programa, a integralidade (PITANGUY, 1999). Com a evolução do perfil epidemiológico⁶ feminino no Brasil, e também em razão de tantas diversidades regionais e locais, um protocolo como foi este do PAISM deveria estar, no mínimo, sendo revisado e atualizado continuamente para poder dar conta de orientar ações destinadas às novas necessidades.

O estudo da evolução dos indicadores de saúde da mulher no Brasil, de acordo com Silver (1999) leva a uma mistura de satisfação e de amargura: satisfação pelo declínio da mortalidade materna principalmente. E amargura porque os níveis atuais ainda estão muito aquém daqueles encontrados em países com graus de desenvolvimento semelhante, o que, segundo a autora demonstra que o preço das enormes iniquidades da sociedade brasileira é pago com vidas humanas.

Além disso, são muitos os obstáculos quando se tenta captar as nuances do complexo processo saúde/doença feminina em todo seu ciclo vital – desde a adolescência até o final da vida. Muitos eventos e problemas não são detectáveis pelos sistemas de informações em saúde, pois não constituem morbidade ou queixa explícita. Também podem surgir necessidades peculiares em determinados contextos, não traduzíveis na forma das demandas femininas comuns aos serviços de saúde.

⁶ Perfil epidemiológico entendido como interpretação das necessidades bio-psicossociais, a partir da detecção de agravos e outros eventos descritos em sua abrangência, magnitude e causalidade.

Uma revisão com essa responsabilidade, de resgatar a magnitude do conceito de integralidade, só poderia ocorrer através de eventos sistemáticos de avaliação de políticas de saúde da mulher e com a participação ampla da sociedade civil, tal como ocorreu por ocasião da formulação do PAISM.

Atualmente, apesar da disputa de hegemonia com concepções teóricas contrárias ao SUS e das tentativas de preservação dos interesses mercantis no setor saúde, a mobilização em torno do serviço público de saúde no Brasil é também muito expressiva e o movimento de mulheres no Brasil continua a crescer dia-a-dia.

As Conferências de Saúde, alerta Costa (1999), representam o momento adequado para articular internamente diversas competências sanitárias atribuídas a cada nível de governo e que os Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

A autora chama atenção para o fato de que os movimentos sociais, em especial o de mulheres, devem ocupar as instâncias institucionais do controle social da saúde, consolidando alianças com os demais setores da luta pela saúde. Isto é necessário, justifica, pelo fato de que, apesar das existências legais e formais, tanto para o SUS, como para o PAISM, sua implantação plena é processo a ser construído cotidianamente e só será assegurado com uma prática eficaz de controle e de pressão dos movimentos sociais (COSTA, 1999).

CAPÍTULO III

PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

III. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

- Dos princípios doutrinários dos SUS, atualmente a Integralidade é o que tem sido mais utilizado no plano discursivo das políticas governamentais mas, ainda que esteja protegido na esfera legal, encontra grande dificuldade para sua materialização no atual contexto político e econômico;

- Os conselheiros de saúde podem manifestar olhares diversos acerca do princípio de integralidade, de acordo com o segmento e as instâncias que representam;

- Existe expectativa de concretização do atendimento integral nas ações de saúde, tanto por parte dos profissionais/trabalhadores de saúde, como por parte de gestores e de usuários dos serviços.

- No Brasil, a experiência mais concreta e ainda não superada no sentido de construir a integralidade nas ações de saúde, está representada pelo PAISM, esperando-se que os vconselheiros de saúde possam referir-se a ela;

- A compreensão da visão dos conselheiros acerca dos conselhos hoje pode fornecer subsídios para promover o controle social.

- Os movimentos sociais foram determinantes na formulação dos princípios doutrinários do SUS, e podem contribuir na promoção de políticas e estratégias para saúde através do controle social;

- Os métodos qualitativos de pesquisa são adequados para conhecer a percepção dos conselheiros de saúde.

CAPÍTULO IV

O MÉTODO

IV. O MÉTODO

4.1. A abordagem do estudo

Este estudo utilizou o método qualitativo, por ser este o método mais adequado para a compreensão do universo de significados do ser humano (TRIVIÑOS, 1995; MINAYO, 1994; DEMO, 1995; GROSSEMAN, 2001) permitindo ao investigador maior acesso à subjetividade do investigado.

A dialética, em razão de seus fundamentos, foi escolhida como abordagem do estudo em razão da reflexão histórica que exige e também pelo fato de se mostrar coerente com o tema a ser trabalhado. O princípio da integralidade, lembramos, foi construído em um dado contexto histórico por diferentes atores sociais. Além disso, os atores sociais que compõem o controle social atual do sistema de saúde (SUS) provêm de segmentos diferenciados, representando classes sociais, culturas e saberes variados.

A *Dialética Marxista* trabalha com a complexidade e procura encontrar nas partes a compreensão e a relação com o todo. Considera a existência de uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e o social. Esta abordagem permite um entendimento dos significados de forma mais abrangente, sendo capaz de captá-los no cotidiano, na vivência e no senso comum, e inseri-los em um contexto social e histórico, considerando sua interação e inter-relação (MINAYO, 1994a; GROSSEMAN, op cit.).

Quanto ao conceito de dialética, Habermas (1987) ressalta alguns elementos, entre os quais, os três que descrevemos abaixo nos parecem fundamentais:

1. A razão humana alcança mais do que simplesmente a compreensão da realidade, pois as condições de racionalidade também são produzidas pela ação objetivada. Assim, a razão humana possui força transcendental para ser praticada na crítica e para ultrapassar os pré-conceitos. A mesma razão que esclarece e reúne, segundo Habermas, também contesta e dissocia.

2. O significado presente na linguagem é, no entendimento de Habermas, apenas um fator na totalidade do mundo real, que se compõe de trabalho, poder e linguagem. O que se expressa na linguagem, portanto, está marcado pelo caráter ideológico das relações de trabalho e de poder. Isto carrega para a linguagem as relações sociais, que são historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre grupos, classes e culturas.

3. Um trabalho crítico deve buscar um método no qual a interpretação seja transformação e também o inverso, imbricando método e “coisa”. Isso implica, por honestidade científica, em engajamento em todo trabalho de compreensão.

O campo da saúde, como bem lembra Minayo (1994a), representa uma realidade muito complexa e requer uma abordagem dialética que facilite a compreensão e promova a transformação, cuja teoria, em contraposição à prática, seja repensada permanentemente.

4.2. O tipo de estudo e seus sujeitos

O *Estudo de Caso* tem sido o tipo de estudo preferido quando o foco de interesse é sobre fenômenos, sobretudo fenômenos tão atuais, em processo, como o que abordamos, pois estes só podem ser analisados dentro de algum contexto de vida real. É útil para responder às questões interrogativas “como e por que” (TRIVIÑOS, 1987; GODOY, 1995; BOGDAN & BIKLEN, 1994, apud GROSSEMAN, op cit.).

Um estudo de caso pode referir-se a um ou mais casos. Quando trata de mais de um caso, este é denominado Estudo Multicasos (TRIVIÑOS, 1987 apud GROSSEMAN, op cit.) ou Estudo de Casos Múltiplos (GODOY, 1995). Portanto, o presente estudo será do *tipo Multicasos (ou de Casos Múltiplos)*, em profundidade.

Quanto à escolha dos sujeitos e ao tamanho da amostra, foram levadas em consideração as recomendações referentes a estudos de caso em profundidade, em que a principal preocupação não é com o tamanho da amostra mas, com o aprofundamento do estudo, não devendo o total de sujeitos investigados ultrapassar o número de trinta (TRIVIÑOS, op cit.; GODOY, op cit.; BOGDAN & BIKLEN, 1994, apud GROSSEMAN, op cit.).

Os sujeitos investigados foram conselheiros de saúde. A Lei que instituiu os conselhos, caracterizou os conselhos de saúde em três instâncias: nos municípios, no nível estadual e no nível nacional. Assim, optamos por selecionar pelo menos um representante de cada uma destas instâncias, a partir de conselheiros eleitos e em atividade nos municípios de Santa Catarina, no CES – Conselho Estadual de Saúde e também no nível nacional, através do CNS – Conselho Nacional de Saúde.

Em qualquer uma destas instâncias, os conselheiros de saúde possuem representação através de seus segmentos, observando-se a seguinte proporção: 50% deles são representantes dos usuários do SUS, 25% representam os prestadores de serviços de saúde do setor público (onde se inserem os gestores) e do setor privado e 25% representam os trabalhadores de saúde.

Definido o tema e os sujeitos do estudo, foram tomados cuidados para que a seleção pudesse também contemplar os diferentes segmentos representados nos conselhos, ou seja: os representantes dos usuários, os trabalhadores do setor público/gestores e trabalhadores do setor privado, bem como o segmento de trabalhadores de saúde. Foi levada em conta ainda a legitimidade da representação. Assim, foram selecionados apenas conselheiros eleitos ou indicados e homologados pelo chefe do executivo correspondente. Além disso, eles deveriam estar atuando no momento do trabalho de campo.

Quando estávamos estudando o número de conselheiros que estariam envolvidos no estudo, houve aprovação final pelo Ministério da Saúde, de um projeto de capacitação de conselheiros de saúde (da instância municipal e estadual para Santa Catarina), no qual nos envolvemos através de um projeto de extensão do Departamento de Saúde Pública da UFSC, a Associação Casa da Mulher Catarina. O propósito do evento era a capacitação de conselheiros acerca do tema “gestão e gênero no SUS”. Na ocasião, o projeto estimava a participação de duzentos conselheiros de um universo de

aproximadamente dois mil e oitocentos no estado de Santa Catarina. Em acordo com as demais componentes da coordenação do evento, concluímos que uma oportunidade rara se apresentava para realização do trabalho de campo, ou seja, a possibilidade de realização de entrevistas, durante o período do evento, que envolvia municípios de todo o estado. O evento foi realizado durante três dias, em agosto de 2002, no município de Florianópolis.

Considerando-se ser uma pesquisa qualitativa, onde interessa a profundidade da análise e não o número de entrevistas, mas também neste caso a necessidade de obtermos representação mínima dos três segmentos dos conselhos (usuários, trabalhadores de saúde e gestores) nas suas instâncias (municipal, estadual e federal), conforme explicitado acima, chegamos ao número de dez conselheiros. O cálculo foi feito observando-se a proporcionalidade legal, como se sabe. Desta forma, entre os conselheiros selecionados foram obtidos cinco pertencentes ao segmento de usuários, um representante dos prestadores de serviços de saúde do setor filantrópico/privado, um representante dos trabalhadores de saúde e três representantes de gestores. Observando do ponto de vista da instância de onde provém, sete pertenciam à esfera municipal, um à esfera estadual e dois à esfera nacional. Um dos conselheiros da esfera municipal também possuía experiência na esfera estadual.

Quanto ao modo de a seleção, os conselheiros foram selecionados a partir da lista prévia de inscrição de conselheiros, considerando-se apenas aqueles cuja presença havia sido confirmada até o horário de meio-dia do primeiro dia de atividades, junto à recepção do hotel no qual o evento ocorreu. A listagem de confirmação foi associada à lista de presença da primeira atividade do evento (a Conferência de Abertura), de modo que foi possível obter as informações necessárias sobre o segmento e a instância aos quais o conselheiro pertencia. Agrupados segundo segmento e instância, os conselheiros foram acessados, ao final das atividades do primeiro dia, por telefone (do apartamento no qual se hospedaram), pelo qual foi feito o convite para participar do estudo. A seleção ocorreu na condição de sua aceitação e as entrevistas foram realizadas com horários marcados previamente. Quando completamos os dez sujeitos definidos, respeitando-se a precondição de que pelo menos a metade deles fosse composto por representantes de usuários, consideramos a amostra completa. Apenas um deles foi substituído, nesta mesma data, pelo fato de não se tratar de conselheiro efetivo. Não houve nenhuma negativa aos convites para participação, tendo sido ajustados quaisquer problemas com horários. A opção foi por entrevistar, durante o evento, prioritariamente, os conselheiros que residiam em municípios não pertencentes à Região da Grande Florianópolis. As eventuais entrevistas com conselheiros desta Região ocorreram fora do evento, em local e data acordados entre entrevistadora e entrevistados.

4.3. O trabalho de campo

Coleta de dados

A *entrevista semi-estruturada em profundidade* foi a técnica utilizada para a coleta de dados.

Existem várias formas de se realizar a entrevista; entre elas, a da entrevista semi-estruturada. Esta, parte de certos questionamentos básicos (que não devem ultrapassar cinco questões básicas), referentes aos objetivos e pressupostos que interessam ao estudo e oferecem oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir das respostas dos sujeitos investigados (GROSSEMAN, op cit.).

Segundo Haguette (apud GROSSEMAN, op cit.), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas, o entrevistador e o entrevistado. A autora ressalta que, enquanto instrumento de coleta de dados, a entrevista deve buscar captar o real, sem juízos do pesquisador ou das interferências externas que possam modificar aquele real original. Entretanto, argumenta que esse real não pode ser captado “como num espelho” e que por mais que nos esforcemos, tendemos a interpretá-lo por nossas “leituras” subjetivas. Isso não implica que devamos desistir de tentar captá-lo da melhor forma possível. Assim, o investigador segue a linha do pensamento e as experiências do investigado, participando ativamente na elaboração do conteúdo da pesquisa. Para a autora, este tipo de entrevista é a que mais favorece a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais em sua complexidade, por manter sua presença consciente e atuante e, ao mesmo tempo, permitir a relevância da situação do investigado.

Trivinõs (op cit.), sugere a possibilidade de várias entrevistas com os mesmos sujeitos, sendo sua duração flexível, tentando não exceder trinta minutos. Para justificar a recomendação alega que, se a entrevista for gravada, deve ser transcrita imediatamente após sua realização, e minuciosamente analisada, antes de a próxima ser realizada; se a entrevista não for gravada, o fato de o investigador obter dados, através de fragmentos da conversa – exigindo memorização - requer que ele escreva os dados e tenha maior cuidado e atenção em sua análise.

Devemos deixar claro que existe clara consciência de que nos expressamos, enquanto investigadores, em cada momento de reflexão. Não é possível estar livre de significados, de necessidades e de desejos produzidos em um contexto histórico do qual se faz parte. É como sujeitos engajados, portanto, que nos transportamos ao papel de investigadores, sabendo que é preciso encontrar o ponto de distanciamento suficiente para compreender aquele outro ponto de vista que não é o nosso.

Uma entrevista orientada por um roteiro, difere do sentido tradicional da entrevista por questionário, pois este pressupõe hipóteses e questões muito fechadas, enquanto que o roteiro tem outras características. (MINAYO, 1994b). A autora lembra que, quando se visa apreender o ponto de

vista dos atores sociais, o roteiro deve ter poucas questões, com apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto.

As entrevistas foram realizadas, portanto, seguindo-se um roteiro básico, constando de perguntas objetivas referentes à identificação, e por um segundo roteiro com cinco questões referentes aos objetivos e pressupostos que norteiam o estudo. Conforme o instrumento (anexo I), o roteiro de entrevista (modelo baseado em GROSSEMAN, op cit.), consta dos seguintes dados:

Dados de Identificação:

- a) relativos à entrevista: local, data e hora;
- b) relativos ao sujeito: um codinome (que cada conselheiro escolheu), idade, local de nascimento, condição civil, número de filhos, escolaridade, profissão, local de trabalho, tempo na função de conselheiro, segmento que representa, outras atividades que o entrevistado realiza e considera importante citar.

Questões Norteadoras:

- a) Como se tornou conselheiro e como acha que está seu conselho hoje?
- b) O que significa para você uma saúde completa? Poderia dizer como os serviços de saúde podem ajudar a conseguir esta saúde completa?
- c) Quais os temas mais frequentes nas pautas das reuniões do conselho? Lembra de algum assunto relacionado à saúde da mulher? Quais?
- d) Você já teve contato com o que está nas Leis do SUS sobre os princípios? Conhece o princípio de integralidade? Como conheceu?
- e) Como acha que os conselhos podem ajudar para que os serviços de saúde tenham melhor qualidade?

Os dados de identificação relativos à entrevista e ao sujeito foram registrados por escrito, em um formulário destinado a esse fim (anexo I) e as entrevistas foram gravadas e transcritas após o evento tendo sido analisadas rigorosamente na ordem sugerida por Triviños (op cit.).

De acordo com as recomendações feitas para estudos qualitativos, utilizamos também a técnica de diário de campo, onde foram registradas informações complementares sobre o período de trabalho de campo e as reflexões e sentimentos de entrevistados e entrevistadores.

Durante a entrevista, quando trabalhamos as questões conceituais (pergunta b), foram utilizadas técnicas de simbolização através de imagens (PATRÍCIO, 1999), com o objetivo de permitir melhor apreensão do contexto e facilitar o processo de expressão dos entrevistados. A expressão dos significados, através de símbolos (simbolização), tem sido utilizada como forma complementar na investigação qualitativa, por facilitar a comunicação entre o sujeito investigado e o investigador - através de expressões verbais (incluindo metáforas) e não verbais (PATRÍCIO, 1995; GROSSEMAN, 2001). Os símbolos podem ser apresentados de diversas formas: imagens de revistas, objetos e jogos, entre outros. Aplicando a técnica em questão, escolhemos quatro revistas aleatoriamente, sendo cada uma de tema diferente da outra. Ao abordarmos do conceito de saúde, após terem expressado verbalmente o que significaria uma saúde completa ou integral, cada entrevistado foi solicitado a escolher, no mínimo, quatro imagens que na sua visão, representassem esta saúde completa.

Patrício (apud GROSSEMAN, op cit.) considera como ideal, o uso de quatro imagens. Após a escolha, os entrevistados foram solicitados a expressar o significado de cada imagem e sua relação com a saúde. Neste momento ocorre uma reflexão conjunta da qual participa o investigador e o investigado, discutindo e refletindo juntos os significados das mesmas.

Complementarmente a esta técnica, no momento da entrevista, derivado de técnicas simplificadas de planejamento estratégico situacional, comumente utilizadas em planejamento local dos serviços de saúde, utilizamos também alguns recursos das técnicas de problematização, que incentivaram o aprofundamento das questões ao encontro de suas causas, levando à reflexão também sobre opções de solução.

Antes do início do trabalho de campo, realizamos o estudo piloto, no período entre 15 de julho a 15 de agosto de 2002, com dois sujeitos conselheiros de saúde, ambos residentes no município de Florianópolis, através de escolha aleatória a partir de listagens do Conselho Municipal de Florianópolis e Conselho Estadual de Saúde. O convite foi feito por telefone, tendo sido entrevistados os dois primeiros que aceitaram participar do estudo. A estes foram explicitados o tema, os objetivos do estudo e os benefícios que dele poderiam advir. Após a concordância dos conselheiros, foram marcadas as datas e local das entrevistas, de acordo com a conveniência de cada voluntário, tendo sido realizadas sem alterações.

Na data da entrevista, foram esclarecidos os pontos que cada conselheiro desejou elucidar. Estes foram também informados sobre a utilização do gravador e da técnica de simbolização na entrevista. A carta de apresentação foi entregue e após a concordância foram lidos os formulários de Compromisso Ético da Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando-se a assinatura deste último. Na seqüência, foram realizadas as entrevistas piloto, utilizando-se um codinome escolhido pelo conselheiro e aplicando-se em seguida todo o procedimento de entrevista previsto.

Ao final da entrevista, houve uma conversa com cada conselheiro, a fim de ouvir as suas sugestões para alteração ou inclusão de algum ponto. As modificações e ajustes nos instrumentos de coleta e nas técnicas foram realizadas após análise dos dados do estudo piloto e anteriormente ao trabalho de campo efetivo. Uma das entrevistas pôde ser incorporada ao conjunto de entrevistas do estudo e outra, realizada em primeiro momento, não apresentou as informações adequadas, tendo sido descartada. Após os devidos ajustes a partir da análise dos resultados do projeto piloto, é que iniciou-se a coleta de dados do estudo.

As dez entrevistas foram realizadas individualmente, sete realizadas durante o evento (dois dias) e três em momentos posteriores a ele. A coleta de dados em campo, além da entrevistadora, contou com um auxiliar que fez os contatos iniciais com os selecionados e colaborou na gravação das entrevistas.

Como em toda pesquisa qualitativa, que visa o aprofundamento para melhor compreensão do fenômeno estudado, a partir das respostas dos sujeitos no primeiro encontro foi feita a primeira análise. Em um segundo momento, a entrevista transcrita foi enviada a cada entrevistado para seu conhecimento e complementação. Nesta oportunidade foram feitas perguntas complementares ou esclarecimento de dúvidas. O acesso aos conselheiros no segundo encontro se deu através de contato via internet, sendo que todos haviam deixado seu endereço eletrônico. Entre os entrevistados, apenas

um não deu retorno com as solicitações feitas. Com este conselheiro, tentamos contato telefônico posterior e obtivemos a informação de que a pessoa não mais encontrava-se naquele endereço. Outros contatos foram tentados, sem sucesso, de modo que com este conselheiro não foi possível fazer o segundo e terceiro contatos.

Estas interfaces posteriores à entrevista, feitas com os conselheiros se mostraram muito úteis para ambas as partes, levando-se em conta as manifestações dos próprios entrevistados. Alguns deixaram claro o interesse em continuar os contatos e em obter, de alguma forma, acesso aos resultados de pesquisa. De fato, houve também um terceiro contato, quando os resultados foram organizados mediante as respostas de todos os entrevistados. O capítulo *Resultados* deste estudo, foi portanto, enviado integralmente a cada um dos participantes, mantendo-se o sigilo de identidade pela utilização de seus codinomes. Estes resultados, organizados imparcialmente, ficam assim disponibilizados em seu estado bruto para outros estudos de interesse dos conselheiros.

Em anexo aos resultados, foi encaminhada também a cada conselheiro a transcrição de sua entrevista original, para que avaliassem a veracidade das informações, expressassem qualquer contrariedade ou satisfação, validando assim os resultados. Estabelecemos um prazo limite (quinze dias), para o retorno de manifestações positivas ou negativas, informando que considerariamos como concordância por parte dos entrevistados se nada retornasse até a data prevista. Apenas dois conselheiros se manifestaram, um concordando plenamente com o conteúdo e forma apresentados e outros fazendo uma pequena correção em um parágrafo.

Quanto à documentação relacionada com o estudo, está mantida em arquivo da pesquisadora, incluindo os instrumentos éticos dirigidos aos sujeitos selecionados a partir da lista de inscrição, no local do evento e antes da entrevista. Uma descrição dos procedimentos éticos tomados consta ao final deste capítulo.

Como se tratou de coleta de dados em um evento, houve também solicitação por escrito à coordenação do mesmo, e encaminhou-se um termo de compromisso formal da pesquisadora, constando os preceitos éticos do estudo.

4.3. A Análise dos Dados

A opção de análise de dados foi a *hermenêutico-dialética*, por ser considerado como um dos mais capazes meios de interpretação qualitativa de dados (MINAYO, 1994b).

A análise foi feita levando em conta que não há consenso e nem ponto final no processo de produção do conhecimento. Parte também do princípio de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta. Os resultados produzidos são sempre uma aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a um dado de pesquisa (GOMES, 1994).

A interpretação dos dados, utilizando a abordagem hermenêutico dialética (MINAYO, 1994b) teve por ponto de partida o interior da fala de cada um dos sujeitos. A hermenêutica procura, de acordo

com Minayo, compreender o sentido que ocorre na comunicação dos seres humanos, onde a linguagem constitui o núcleo central. A referência aí é à linguagem do homem comum, no seu dia-a-dia.

Entretanto, o homem é um ser histórico, finito, que se complementa na comunicação. Então, analisadas as falas, os significados individuais são obtidos pela análise dos depoimentos e por meio da reflexão é que se contextualiza social e historicamente os dados. Assim se insere a fala dos sujeitos no seu contexto, visando melhor compreensão da questão.

Por outro lado, a compreensão desta comunicação também é finita, e ocupa apenas um ponto no tempo e no espaço. Mesmo quando “ampliamos os horizontes da comunicação e da compreensão, nunca escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos do nosso tempo”. (GADAMER, apud MINAYO, 1994b).

A operacionalização do processo de análise dos dados foi feita de acordo com a proposta de Minayo (1994b) e Gomes (1994). Entretanto, a *análise dos dados* inicia-se *concomitante à coleta*. Este momento inicial, de acordo com Patrício (1995) já orienta a interpretação e compreensão dos dados, podendo conduzir a outras questões. Pode também salientar dados que não tenham ficado bem esclarecidos, permitindo assim que o investigador volte e valide-os junto ao sujeito investigado. Utilizou-se, assim, o modelo adotado por Grosseman (op. cit):

a) *ordenação dos dados*: foi realizado um mapeamento de todos os dados obtidos no campo, as transcrições das entrevistas gravadas e das anotações do diário de campo. Todo o material foi lido atentamente por mais de uma vez.

b) *Categorização*: considerando sempre que o dado não existe por si só e é construído a partir do questionamento que fazemos sobre ele a partir de uma fundamentação teórica, a leitura dos textos foi feita repetidamente, por dois meses consecutivos. A partir dessa leitura exaustiva, foram estabelecidas as interrogações para identificar as estruturas relevantes dos atores sociais. Elaborou-se uma categorização preliminar, descritivamente. No segundo momento da análise (posto que ela já iniciou-se desde a coleta de dados) foi construído um quadro de categorização, com base no que os textos apontaram como relevante. Nas categorias foram inseridas sub-categorias. Algumas orientações para trabalho com categorias foram utilizadas. A categorização, segundo Bardin (1977), consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e re-agrupamento com base em algum critério. Assim, para classificar elementos em categorias, deve-se investigar o que cada um destes têm em comum, para, posteriormente, agrupá-los. No processo de categorização, a partir dos dados coletados, foram buscadas as categorias e os temas sintetizados a partir do processo de reflexão.

Foram então estabelecidas as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões do estudo, com base nos seus objetivos e pressupostos. Foram obtidos quatro eixos temáticos ou quatro grandes categorias, assim definidas:

➤ *A organização dos conselhos de saúde*, onde estão inseridos as categorias referentes ao ambiente dos conselhos, como a forma de composição e organização e o processo de relacionamento interno nestes órgãos, além das motivações que levaram os entrevistados a se tornarem conselheiros de saúde.

➤ *A expressão do princípio de integralidade e sua relação com os demais princípios doutrinários do SUS*, referindo-se às condições de interdependência que possuem os princípios de equidade-universalidade-integralidade, sem que possa um ser isolado do outro.

- *A inserção do tema saúde da mulher nos conselhos de saúde*, caracterizando sua posição quanto a visibilidade do tema nas diversas instâncias, e
- *Perspectivas de potencialização do controle social*, para análise das idéias e sugestões dos entrevistados quanto às expectativas de um controle social em tempos futuros.

d) *Síntese*: objetivamente, cada eixo temático produziu uma síntese interna, própria de cada bloco de dados e de modo contínuo, pois esteve compreendido desde o início pelo processo *análise-reflexão-síntese*. Além disso, foi produzida uma síntese ao final do trabalho, através da reflexão sobre todo seu conteúdo. Esta síntese, que leva a uma nova reflexão, está contida no capítulo *Considerações Finais*. Recorrendo à Minayo (op cit.), alertamos para o fato de que o produto final da análise de uma pesquisa deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa.

Instrumentos éticos

De acordo com as Resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado à Associação Casa da Mulher Catarina/Departamento de Saúde Pública da UFSC, solicitando a permissão para a coleta de dados durante o evento de conselheiros em agosto de 2002, conforme já esclarecido. Paralelamente, após a qualificação deste projeto pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, uma outra cópia foi encaminhada ao Comitê de Ética da UFSC, tendo sido aprovado por este trinta dias anteriormente ao início do trabalho de campo.

No processo de coleta de dados, anteriormente às entrevistas foi explicado, a cada entrevistado, nosso compromisso com os preceitos éticos, com a manutenção de sigilo e anonimato e de só divulgar os dados após seu consentimento, constantes nas Resoluções do CNS. Todos os formulários relativos às questões éticas, inclusive aqueles dirigidos aos próprios conselheiros (Consentimento Livre e Esclarecido) foram apresentados e aprovados pelo Comitê de Ética da UFSC.

Algumas considerações sobre o método

Tendo utilizado pela primeira vez o método qualitativo, é oportuno considerar as dificuldades e as vantagens encontradas. Primeiro, é necessário registrar a dificuldade inicial em afastar a tendência quase compulsória em buscar freqüências e desejar construir resultados através de proporções. Mas o quantitativo, neste caso não significa nada e é necessário apreender a realidade observando-a em profundidade, no seu significado contextual. É um imenso aprendizado e as dificuldades iniciais foram sendo superadas na medida em que nos aprofundávamos na abordagem do estudo.

Entre as vantagens que o método proporcionou, encontra-se a possibilidade de retornar ao sujeito tantas vezes quantas forem necessárias para buscar cada vez mais a compreensão do que ele quer expressar. Para o entrevistado, segundo alguns comentários registrados na correspondência eletrônica que foi estabelecida, é também uma vantagem, sobretudo pelo método permitir dar seqüência ao processo de reflexão. Alguns deles manifestaram essa grata e inesperada surpresa de poder acessar à sua própria fala e, mais tarde à dos outros entrevistados, podendo refletir também sobre a fala do outro. Uma preocupação manifestada por uma parte dos entrevistados foi um certo incômodo relacionado à visibilidade dos vícios da linguagem verbal, através da transcrição literal das entrevistas.

Tendo a maioria solicitado correção, isto foi realizado para todos e devidamente encaminhado para aprovação.

A utilização do recurso visual, na pergunta sobre o significado de uma saúde completa foi eficiente, além de agradável. Quando comparado à solicitação de simples verbalização do significado de saúde, demonstrou muitas vantagens. Entre elas devemos registrar, principalmente, o maior relaxamento e naturalidade do entrevistado, em contraposição a um certo constrangimento em emitir verbalmente um conceito. Observou-se a preocupação do entrevistado com a precisão a ser alcançada e com isso, a tendência de recorrer a um conceito preestabelecido, ao invés de expressar o significado pessoal solicitado.

Uma outra observação é a de que o significado obtido para “saúde completa ou integral” alcançou uma amplitude muito maior do que através da verbalização simples, razão pela qual foi necessário classificar em categorias os elementos constituintes da condição de saúde. A emissão do significado, no modo de definição apenas verbal não permitiu visualizar perfeitamente estes elementos. E acrescentaríamos ainda, como vantagem, o fato de que a partir deste momento as entrevistas decorreram muito mais agradáveis e possivelmente menos formais, o que nos faz supor que o uso de recurso visual tenha contribuído para a obtenção de dados mais autênticos, uma vez que o instrumento aproximou o sujeito à sua realidade e ao seu imaginário.

Parte dos conselheiros entrevistados elogiou o método pelo retorno dos dados e expressou desejo de continuidade das comunicações, seja por meio eletrônico ou através de outros tipos de encontros. Houve um dos conselheiros entrevistados que sugeriu que organizássemos um modo de debater, oportunamente, os resultados e a análise final do estudo. Outro sugeriu a construção de um grupo focal para dar continuidade ao trabalho. Alguns manifestaram o desejo de poder manter este contato, mesmo ao final do estudo.

CAPÍTULO V
OS RESULTADOS

V – OS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos tal como foram expressados pelos conselheiros entrevistados, mas já categorizados em grupos e subgrupos, segundo a relevância que apresentaram. Isto significa que resultados que, durante o processo de análise e reflexão sobre os textos, não demonstraram importância relativa aos temas foram excluídos.

Alertamos para o fato que neste capítulo não há discussão sobre os resultados, encontrando-se portanto, em estado original, sem interferência da pesquisadora ou de referenciais teóricos. O objetivo de apresentá-los assim é a preservação de suas características a partir do olhar dos conselheiros entrevistados, podendo ser retomados para novas análises e reflexões.

5.1. Apresentando os sujeitos do estudo

5.1.1. Os cidadãos conselheiros que participaram do estudo

Os conselheiros entrevistados que representam *o segmento dos usuários, em instância municipal* são:

BEIJA-FLOR: Ela é do sexo feminino e tem 54 anos. Sua graduação não foi na área de saúde, mas trabalhou por mais de uma década assessorando um secretário municipal de saúde de capital e a partir daí engajou-se em saúde pública, tendo realizado mestrado na FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Trabalhou por dez anos em secretaria municipal de saúde, onde colaborou na organização de um dos primeiros conselhos de saúde do país. Em Santa Catarina atuou na Secretaria de Estado da Saúde até a aposentadoria. Atualmente, como sanitarista presta assessoria a empresas e associação de municípios e continua atuando como conselheira de saúde, o que faz há doze anos. Já atuou como representante dos gestores, mais tarde como profissional de saúde no Conselho Local de Saúde de seu bairro e finalmente representando usuários novamente no CMS.

MALA PRETA: Ele é do sexo masculino, tem 50 anos de idade. Graduou-se em engenharia e trabalhou no setor bancário até sua aposentadoria. Tem experiência de 2 anos e seis meses como conselheiro, somando-se o período em que esteve no CES – Conselho Estadual de Saúde e no CMS – Conselho Municipal de Saúde. Neste último é que representa atualmente sua entidade. Participou de outros conselhos antes de ser conselheiro de saúde e o conhecimento acumulado sobre conselhos foi fator de interesse pelo controle social do SUS. Atuou em sindicato dos bancários e tem inserção em partido político.

MANO: Ele é do sexo masculino, tem 47 anos. Graduou-se em matemática e especializou-se em análise de sistemas. É aposentado por uma empresa estatal da área de energia elétrica. Suas atividades atuais estão vinculadas ao Conselho Comunitário de seu bairro e a um agrupamento de conselhos comunitários que desenvolve assistência na área social, em trabalhos de periferia e comunidades carentes. Também tem dedicado ao trabalho de catequese, pastoral da acolhida e cursos para noivos junto à Igreja. Participou de outros conselhos anteriormente à sua experiência como conselheiro de saúde, onde atua há quatro anos.

Os conselheiros entrevistados que representam o *segmento dos usuários, em instância nacional* são:

CORUJA: Ela é do sexo feminino, tem 57 anos. Graduou-se na área da saúde e obteve o título de mestre em saúde pública. Exerce a função de professora universitária. Esteve desde a segunda metade da década de 70 vinculada a dois movimentos nacionais: o sanitário, na luta pela Reforma Sanitária e o movimento de mulheres. Atualmente participa de órgãos colegiados nacionais - o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em ambos os casos representando o movimento organizado de mulheres. Atualmente está vinculada ao diretório regional de um partido político e já ocupou cargos no poder legislativo e também no executivo.

NÍSIA FLORESTA: Ela é do sexo feminino e tem 69 anos. Graduou-se em serviço social, fez pós-graduação nos Estados Unidos e foi bolsista da UNESCO e do Conselho Mundial de Igrejas. Especializou-se em Filosofia e Metodologia da Ciência e obteve o título de mestre em Comunicação. É aposentada, tendo sido professora universitária por 26 anos e consultora do SESC por 20 anos. Também atuou como assessora no Ministério da Cultura. Participou do movimento estudantil internacional e dos movimentos sociais e de resistência à ditadura militar nos anos 70 e 80. Participa do controle social do SUS como conselheira de saúde no CNS há quatro anos, representando aposentados e pensionistas.

Os conselheiros entrevistados que representam o *segmento dos gestores, em instância municipal* são:

CLARA: Ela é do sexo feminino, 25 anos. Graduou-se em serviço social e trabalha na Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de um município de Santa Catarina. Atua há muitos anos no Conselho Municipal de Assistência Social e deve a esta atuação o convite para participar do Conselho Municipal de Saúde como representante do segmento de gestores e também como secretária executiva. Participa do Conselho Municipal de Saúde há 4 anos.

GABI: Ele é do sexo masculino, tem 59 anos. Graduou-se em economia e exerce a profissão de professor na Secretaria Municipal de Educação em um município catarinense. No momento da entrevista exercia a função de Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social há um ano e em razão desta designação, assumia também a função de conselheiro, atendendo ao Regimento Interno do mesmo. No segundo contato realizado, Gabi já não exercia mais este cargo.

SABIÁ: Ela é do sexo feminino, tem 42 anos. Exerce a profissão de técnica de enfermagem há 22 anos, sendo originalmente vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, em unidade de saúde

atualmente municipalizada. Sua atuação na unidade resultou em convite para transferir-se a uma função mais burocrática na Secretaria Municipal de Saúde e, há dois anos para assumir o cargo de Secretária Municipal de Saúde em uma pequena cidade catarinense. Foi conselheira por quatro anos representando a unidade de saúde e há dois anos exerce a função de presidente do CMS.

Foi entrevistada uma conselheira que representa o *segmento dos prestadores de serviços* ao SUS, em *instância municipal*, que é:

GAIVOTA: Ela é do sexo feminino e tem 56 anos. É solteira e religiosa da congregação salvatoriana. Exerceu atividade de Técnica de Enfermagem e graduou-se em Ciências Naturais e também em Ciências Contábeis. Especializou-se em Administração Hospitalar. Atualmente exerce a função de diretora de hospital filantrópico e atua no conselho municipal de saúde de sua cidade. Também presta assessoria à sua congregação e participa da Associação de Hospitais de Santa Catarina (AHESC).

E finalmente foi entrevistada uma conselheira que representa o *segmento dos profissionais de saúde* e que pertence à *instância estadual*:

BORBOLETA: Ela é do sexo feminino e tem 39 anos. É graduada na área da saúde, com especialização em saúde pública e mestrado em Sociologia Política. Trabalha em ambulatório hospitalar, desenvolvendo atividades relacionadas com saúde da mulher. Esteve vinculada desde a década de 80 às lutas pela Reforma Sanitária e pela implantação dos Conselhos de Saúde. Participou de movimentos e órgãos sindicais e atualmente pertence ao diretório de um partido político. Participa ativamente de sua associação profissional e também engajou-se na luta por políticas públicas para mulheres. Participa do Controle Social do SUS como representante do segmento de profissionais de saúde no CES.

Como pode ser constatado, os conselheiros entrevistados têm entre 25 e 70 anos de idade, havendo predomínio da faixa entre 39 e 59 anos de idade. O tempo de atuação no Controle Social do SUS alcançou um mínimo de 1 ano e um máximo de 12 anos, sendo que a maior parte dos conselheiros possuem entre 4 e 6 anos de atividade nos conselhos.

Quanto à profissão, quatro conselheiros exercem profissões próprias da área de saúde (três de nível superior e um de nível médio). Destes, cada um representa um segmento diverso: Borboleta, que é enfermeira, representa os profissionais de saúde, Coruja, que é farmacêutica-bioquímica representa os usuários, Gaivota, que é administradora hospitalar, representa os prestadores de serviços ao SUS e Sabiá, que é técnica de enfermagem, representa os gestores. Os outros conselheiros, representantes do segmento dos gestores não exercem profissões vinculadas à saúde. Gabi é graduado em economia, exerce a função de professor e o cargo de secretário de saúde, razão pela qual se tornou conselheiro(a) e Clara graduou-se em serviço social e exerce o cargo de chefe do setor de assistência social na secretaria municipal de saúde.

Beija-Flor, que representa o segmento dos usuários, não é profissional específico da área da saúde, mas, como jornalista havia assessorado secretários municipais e chegou a especializar-se em saúde pública, desenvolvendo até a aposentadoria atividades em serviços públicos de saúde.

Três conselheiros representantes do segmento dos usuários são aposentados e haviam exercido profissões não vinculadas à saúde: Mala Preta é graduado em engenharia e atuou na área bancária; Mano graduou-se em matemática e especializou-se em análise de sistemas, área na qual atuou; e, e Nísia Floresta graduou-se em serviço social e atuou como professora universitária.

5.1.2. Como os entrevistados se tornaram conselheiros de saúde

Mala Preta, Mano e Clara provinham de outros conselhos (não relacionados diretamente com a área da saúde) e, a partir de suas experiências anteriores, foram impulsionados a se tornarem conselheiros de saúde.

Primeiramente, há muitos anos atrás, nós descobrimos que haviam conselhos de previdência, nosso sindicato acabou conseguindo uma vaga e eu fui indicado, fiquei quatro anos no Conselho de Previdência Social ... entendi como é que funcionavam estes mecanismos e posteriormente a Federação dos Aposentados tinha uma vaga no Conselho de saúde, ninguém mais queria uma coisa assim e eu me ofereci. (Mala Preta)

Borboleta e Coruja referiram que sempre estiveram muito vinculados ao movimento da Reforma Sanitária e a outros movimentos sociais. Ainda, Mala Preta, Borboleta, Nísia Floresta, Mano e Coruja estavam envolvidos com algum tipo de movimento social, sindical ou político. Coruja, Nísia Floresta e Mano mencionaram terem sido convidados para representar sua entidade. Coruja conta ainda como o movimento de mulheres obteve uma vaga no CNS:

(...) quando o Ministro era o Adib Jatene, se não me engano no governo Itamar, o movimento nacional de mulheres já tinha crescido muito e nós já tínhamos fundado a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos em 1991 ou 1992...e o movimento fez uma articulação entre a Comissão de Cidadania e Reprodução, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Rede indicando uma das mulheres do movimento para participar da gestão. Acontece que o ministro já tinha compromisso com outra pessoa e sob pressão do movimento acabou cedendo uma das três vagas que tinha direito a indicar, dentro da denominada Comunidade Científica e Sociedade Civil... então, nesta vaga que foi assumida pela conselheira X como titular e .. mais tarde eu como suplente, nesta vaga é que atualmente estou, como titular. (Coruja)

Mala Preta relatou que se colocou à disposição de sua entidade. Borboleta também manifestou ter sido convidada pela sua entidade para representá-la no CES, assim como Clara.

(...) em razão da minha atuação no Conselho Municipal da Assistência, pois estávamos em uma posição muito atuante... com reuniões locais e nas nossas reuniões participavam em torno de 50, 60 pessoas... então a Secretária de Saúde me convidou. (Clara)

Gabi e Sabiá eram conselheiros de saúde devido ao cargo de secretário de saúde que exerciam. Conforme depoimento de Gabi:

Todo secretário é membro nato do Conselho, é lei municipal!

Contudo, Sabiá já havia sido conselheira mesmo antes de assumir o cargo de Secretária de Saúde:

Sou conselheira há seis anos e nos quatro primeiros fui representante da unidade de saúde.

Gaivota foi convidada pelo gestor para representar os prestadores de serviços contratados pelo SUS, a fim de preencher uma vaga deste segmento, mas afirmou:

Se eu não tivesse sido convidada eu iria reivindicar minha vaga.

5. 2. A percepção dos conselheiros sobre o funcionamento dos conselhos

5.2.1. A composição: da paridade à representatividade

Na opinião de alguns conselheiros entrevistados, a paridade não é problema no conselho, entretanto não há representatividade.

O primeiro ponto seria melhorar a composição dos Conselhos.... A paridade existe, segundo a lei. Quanto à representatividade, existem entidades que não deveriam estar ali (...). Acho que as entidades que participam de um conselho deveriam ser mais representativas, mais fortes... (Mala Preta)

Oficialmente o Conselho já existe há dez anos, mas só há cinco é que saiu do papel, ou seja, o gestor não cumpria a lei 8.142/90. Atualmente, a composição e a paridade estão dentro dos preceitos legais....quanto à representatividade, ainda deixa a desejar, principalmente no segmento de prestadores de serviços. (Beija-Flor)

O conselho de saúde é diferente dos demais. Primeiro, pela própria paridade, que garante que 50% do conselho sejam compostos por usuários. Nos demais não havia paridade nenhuma. Quer dizer, tanto o governo como o prestador (que não existia, mas vinha camuflado de usuário), eles tinham sempre a maioria. Nos dois conselhos que participei antes deste ... no de Assistência Social o único usuário era eu. Eu falava sozinho..... E no de emprego e renda, pior ainda, porque ali estavam reunidos todos os interesses que não eram da comunidade. Não tinha prazer...era desigual. O de saúde é diferente, ele tem 50% de usuários e tem um segmento muito importante, que é o dos profissionais de saúde. (Mano)

Como sugestão para melhorar a representatividade dos diversos segmentos no Conselho, foi sugerido que se façam assembleias para garantir a representatividade da base à qual o conselheiro se vincula.

O ideal é que cada entidade, após a obtenção de vaga no Conselho, fizesse a escolha através de uma Assembleia de seus associados...para que o escolhido estivesse diretamente vinculado à base que vai representar. (Mala Preta)

Coruja, quando fala sobre o Conselho Nacional de Saúde (CNS), explica que a composição de cada Conselho, respeitada a condição de paridade estabelecida pela Resolução 33/92, é determinada pelo seu Regimento Interno:

No Conselho Nacional de Saúde, a composição possui legislação específica. Cada Conselho tem a sua, mas garantindo a paridade, de acordo com a (Lei) 8.142. A representação, no CNS, se dá pela escolha dos representantes por parte de cada entidade que participa. Se são muitas entidades para uma representação, por exemplo a FENTAS, que congrega várias federações das diferentes profissões de saúde, esse fórum escolhe seu representante, pois há uma única vaga. Já a Federação Nacional dos Médicos tem uma vaga; a CUT e a CGT, uma. E ainda há seis vagas de usuários representantes de associações e portadores de deficiências ou patologias específicas. Eles se resolvem, são vagas rotativas. E o movimento de mulheres pediu sua vaga, quer ser representado, porque ser feminista é uma opção política de lutar pela emancipação do feminino. Essa vaga negociada com o ministro passa a ser efetivamente dos usuários, pois representa um segmento organizado da sociedade que não tinha representação.

Esta conselheira explana também que, com a intenção de deixar mais clara e justa a composição de vagas nos conselhos, o CNS revisou, reformulou e aprovou, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso (2002), uma reformulação da Resolução 33/92, mas lastima que

A nova resolução – a Resolução CNS 319⁷ ainda não foi homologada pelo governo atual porque a categoria médica entrou com uma liminar para reaver a vaga que detinha em seu poder e que foi retirada, tornando a condição dos médicos igual à dos demais profissionais de saúde, que disputam todos uma única vaga na FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde).

Questões sobre a legitimidade de algumas entidades que participam dos conselhos de saúde também foram levantadas. Quanto ao segmento dos usuários, um dos casos referidos trata dos clubes de serviços, como o *Lions Clube* ou *Rotary Clube*, os quais vêm ocupando vagas do segmento de usuários em municípios menores, sem que haja um consenso quanto a sua legitimidade. A constatação de que os participantes destes clubes não são de fato usuários do SUS é que provoca a polêmica. Uma outra crítica apresentada junto aos representantes do segmento de usuários no nível municipal diz respeito à inserção de associações pouco representativas frente à demais, como de moradores de ruas, que poderiam estar representando interesses de um microgrupo, de uma família ou mesmo de uma pessoa.

Quanto ao segmento dos gestores, foram levantadas dúvidas sobre a legitimidade da representação através de pessoas oriundas de órgãos do governo não vinculados diretamente ao SUS, como as secretarias de educação, de esportes, de turismo e outras. De fato, constatou-se que é muito comum que os gestores, em conselhos municipais e estaduais sejam representados também por outros órgãos governamentais e não somente por gerentes ou responsáveis por unidades, departamentos e setores diversos do SUS. Por outro lado, também foi verificada a ocupação de vagas do segmento de prestadores de serviços - segmento este compreendido pelos serviços contratados ou conveniados pelo

⁷ A Resolução 33/1992, à qual se refere a conselheira, substituída pela Resolução CNS 319/2002 foi novamente substituída pela Resolução 333/2003 de 04/11/2003, publicada no D.O.U. em 04/12/2003, em vigor e que aprova as diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde, revogando as precedentes.

SUS - por representantes de unidades públicas de saúde, como hospitais e unidades de saúde (também denominadas unidades sanitárias, centros ou postos de saúde) todas pertencentes ao SUS.

A paridade está de acordo com a lei,...mas os profissionais de saúde podem representar usuários. É legal, são cidadãos! Os gestores podem ser representados por todos que trabalham na área pública e os representantes dos prestadores podem vir do setor público. (Gaivota)

(...) me incomoda muito esta distorção de representação.... ter uma médica representando o segmento de usuários, para mim não pode acontecer! No Sindicato X -, já tentaram fazer isto. Conseguiram uma vaga no conselho municipal como usuários, representante dos trabalhadores urbanos e queriam que fosse indicado alguém do hospital, porque são trabalhadores da saúde. Tive que argumentar por que é que não deveria ser e o representante indicado foi de outro setor, verdadeiramente um usuário do SUS. (Borboleta)

A composição (no conselho municipal) é feita por representantes do governo, por prestadores de serviços das unidades de saúde e por usuários. Os usuários são representados por sindicatos, Conselhos Comunitários, associações empresariais, clubes de mães, APAE... (Sabiá)

...a unidade pública é o seguinte: o hospital regional, teoricamente ele seria do SUS, só que para nós ele apresenta-se também como um prestador. (Mano)

Para Coruja, a legitimidade da representação no Conselho Nacional de Saúde reflete, em geral, o nível de organização das entidades que se fazem representar, podendo ser muito ou pouco representativa.

Quanto à representatividade, esta é variável, dependendo da história de cada entidade, de seu nível de organização. Quando se trata de uma entidade forte, os seus representantes são mais preparados. A menor representatividade está por conta de organizações mais recentes e mais frágeis.

A descrição de Clara sobre uma situação verificada no conselho municipal do qual participa, exemplifica, no nível municipal, o reflexo da fragilidade à qual Coruja se refere:

Eu acho que o erro começa na pessoa que representa a entidade, a Rede Feminina (de Combate ao Câncer), pois quem participa como representante da Rede é um senhor, que é esposo da presidente. Então, como é que ele vai ter um envolvimento? Não é ele que tem o envolvimento diário com os problemas da Rede, não convive com as dificuldades... ele apenas foi escolhido pela presidente para representá-la, pois ela não quer ou não pode estar presente nas reuniões.

5.2.2. As relações internas de poder

As relações internas de poder foram ressaltadas por diversos conselheiros. Na esfera municipal, CMS, existem percepções variadas entre os conselheiros. Na visão de Mano os interesses dos usuários são contrários aos dos gestores, havendo uma disputa permanente de interesses:

- Os nomes do sindicato e do hospital foram omitidos para preservar o anonimato do entrevistado.

...um segmento muito importante também é o do profissional de saúde, embora ele ainda não tenha se identificado como tal e muitas vezes se coloca do outro lado, contra o usuário (...) e se ele é um profissional, mas tem um cargo comissionado no governo.... ele vai ficar do lado de lá...é obrigado a ficar do lado de lá...(...) isto gera dois problemas: um para a classe que representa, sem pensar distorce a lógica, porque quando o interesse do usuário está em xeque, então, o do profissional também está. Um profissional não vai se afirmar como agente positivo do SUS com o usuário insatisfeito. (Mano)

Beija-Flor considera que a questão do poder está vinculada à questão do saber e as relações de poder podem variar, na dependência de sua composição:

No primeiro momento, no conselho de (Niterói) estávamos descobrindo o novo, aprendendo juntos e seguindo as leis 'ao pé da letra', sem tempo para disputas internas de poder. No conselho atual, em outro município, pelo fato de um gestor não estar cumprindo a lei há alguns anos, surgiram dois grupos distintos: um, formado por pessoas que participaram do primeiro momento (momento de construção), e que acumularam algum saber sobre o SUS e outro grupo, o de pessoas que se engajaram na luta pró-SUS nos últimos cinco anos, movidos pela necessidade de ter algum atendimento para si ou para parentes ou amigos.

Nesse aspecto me sinto privilegiada... o fato de ter atuado nos primórdios da implantação das leis 8080 e 8148/90, me facilita sobremaneira o trabalho de hoje, como representante dos usuários, principalmente nas discussões com os gestores....fica óbvio o cuidado que eles têm ao invocar as leis, porque sabem que eu também estou instrumentalizada.

Clara citou situação bem diversa, de desinteresse dos conselheiros em participar, de forma mais efetiva, no processo de construção do SUS, que acontece em sua cidade:

O conselho, na minha cidade é apático. Ela (a secretária e presidente do CMS) esclarece a todo momento que podem trazer colocações, discussões, mas....(...) chegamos a fazer um levantamento, uma pesquisa sobre as dificuldades que teriam e algumas pessoas que sentiam dificuldades, não tinham interesse ou não iam às reuniões, então, depois de uma avaliação, voltaram para sua entidade e buscaram novos representantes. Agora, se vão na reunião, nunca têm muito tempo para ficar e é mais cômodo ouvir e até aceitar o que a secretária coloca. A secretária procura motivar, de uma maneira ou de outra, mas eles acham que este é um trabalho da secretaria de saúde. (...) eles não têm interesse, ficam torcendo para não dar quórum...entraram num círculo vicioso de descontentamento...

Já Gaiivota descreveu a situação de pouca participação, condicionada à questão do saber:

...a gente não está muito preparada pra receber esses assuntos, então, ... desde o gestor... eu confio muito no meu gestor, que conheço, tal, e acompanho, mas existem conselheiros que não têm uma visão tão clara das coisas, então as coisas são apresentadas e não são muito debatidas.

Sabiá considerou que, no conselho do qual participa, as questões são amplamente discutidas pelos conselheiros que o integram:

Nosso entendimento é muito bom, pois eles têm total liberdade de questionar como de trazer críticas e juntos resolvemos as questões em pauta. (...) Divido com eles as nossas vitórias e também os problemas que surgem.

E Mala Preta mencionou que no conselho do qual participa, apesar de existirem debates, preocupa-se com a possibilidade de cada um dos conselheiros estar mais preocupado com seus

próprios interesses do que com os interesses da população. Relatou ainda que, muitas vezes, o conselheiro não sabe os direitos que têm e que o ambiente pode não ser “harmônico”, na dependência das relações de poder:

É uma questão complicada porque o Conselho representa interesses diferentes. Aí, você leva uma coisa dessas e o cara ... os médicos lá estrilam: ‘AH, pôxa, isto não é aqui...!’ Ele quer defender a classe dele, a gente sabe disso. (...) e mexe com outra coisa lá, a senhora X vai estrilar, porque ela representa a Igreja. Cada um cuida do seu interesse, isto não é errado, é até o papel de cada conselheiro, mas poderia ir se aprimorando para cuidar do interesse de toda a população.

Eu acho que o ambiente tem que ser de harmonia. Eu também concordo, é só me tratar com decência, com harmonia....agora, lá no conselho, não é o Mala Preta que está lá, lá eu sou um agente, digamos assim... de uma força maior, e eu vou lá, cumprir o meu papel! (...) Se está faltando isso...aí os conselhos não andam, o executivo esperto manipula, manobra, faz o que quer.(...) algumas pessoas ligadas ao Secretário, por exemplo, podem negar um xerox de um documento que eu tenho direito... por desinformação, pura desinformação. Se é um conselheiro que não sabe das coisas, ele engole aquilo e vai embora. Mas se é alguém que sabe, ele pega aquela estória, documenta e leva para o Ministério Público.

Na esfera estadual, ou seja no CES, Borboleta remete a questão às eventuais alianças em torno do poder:

Nos primeiros anos de gestão, os representantes dos gestores muitas vezes se articulavam com os representantes das instituições privadas e do sindicato dos médicos, da associação de odontólogos. Depois que mudou a representação do sindicato dos médicos isto não aconteceu mais. Quando se tratava de cobrar honorários, a Associação de Hospitais cobrava atitudes dos gestores. Alguns representantes dos profissionais de saúde sempre se articularam com usuários e existiram muitos embates com os representantes dos gestores. Esta foi a primeira experiência continuada de funcionamento do CES, portanto, entendo como um processo histórico de aprender a exercer o tal do controle social.

E no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, o CNS, Coruja e Nísia Floresta esclarecem principalmente a postura dos gestores. Ambas expressam sua opinião referindo-se ao governo de Fernando Henrique Cardoso. Entretanto, quando a entrevista com Coruja foi realizada, cinco meses mais tarde, o Governo Lula já havia assumido e como os representantes no CNS permaneceram os mesmos por algum tempo, perguntamos também se seria possível uma avaliação quanto ao novo governo.

Nísia Floresta, representante no segmento de usuários no CNS descreve a atitude permanentemente alerta dos conselheiros não governamentais na tentativa de impedir que os gestores implantem medidas que considera nocivas à sociedade para satisfazer os compromissos internacionais.

A política econômica do Governo tem como meta satisfazer os credores (da dívida externa), sem perceber que o povo brasileiro é o seu maior credor. Então, cada vez que você vê o dinheiro do sangue brasileiro ir para a dívida externa ... e interna também. ...isso é o que mais nos incomoda. O que ocupa o Conselho são as urgências institucionais (dos gestores). Uma lei que querem passar, a 4147, do saneamento e você tem que sair correndo... outra hora, no meio de uma epidemia ele tenta criar uma agência nova, só para criar novos empregos, mais barganhas de ordem político-partidária, aí você tem que gritar contra isso.

E Coruja descreve as relações de poder percebidas nos cinco anos do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC):

Quando, no governo anterior (FHC) se observou que o MS queria exercer o papel de legislador, houve muito confronto. Então a questão central é política, de definição ideológica, do entendimento que o governo, o executivo tem do que é controle social. Se entende e aceita que deve ser controlado, ou se entende aquele fórum como uma instância meramente fatorial, onde precisa passar para legalizar sua política. O exemplo mais claro é com relação aos resultados das Conferências, que são as vivas expressões dos segmentos com seus delegados, que trazem um conjunto de diretrizes políticas que são consolidadas nos Relatórios das Conferências e que deveriam estar sendo consideradas nos Planos de Saúde. No entanto isto dificilmente é levado em consideração. Quanto ao governo atual (Lula), é mais difícil fazer uma análise, pois recém começou. Mas se percebe que, com a designação de pessoas históricas na luta sanitária para exercer cargo de conselheiros representando o gestor (o MS), pode haver mais disposição em dialogar e negociar.

5.2.3. A atuação

Beija-flor, conforme pudemos observar no item anterior (2.2), quando fala das relações de poder internas, distingue dois grupos, de acordo com o nível de conhecimento que puderam adquirir a partir do advento dos conselhos. Naquela consideração, emite também certo parecer sobre a atuação dos conselheiros, pois:

(...) surgiram dois grupos distintos: um, formado por pessoas que participaram do primeiro momento (momento de construção), e que acumularam algum saber sobre o SUS e outro grupo, o de pessoas que se engajaram na luta pró-SUS nos últimos cinco anos, movidos pela necessidade de ter algum atendimento para si ou para parentes ou amigos.

E continua a seguir:

Tanto um como o outro, até dois anos atrás, não saberiam resumir qual o fazer essencial dos Conselhos de Saúde.(...) com a implementação do projeto de capacitação há dois anos, (o conselho) já está cumprindo o seu papel, apesar das dificuldades dos seus membros, como a alegada falta de tempo para uma dedicação maior.

Sabiá crê que no seu conselho tudo está satisfatório:

Cada um traz de sua comunidade os problemas existentes. Para aproximar o usuário dos serviços de saúde sempre fazemos reuniões comunitárias com a presença de um conselheiro.

Mano reflete sobre o funcionamento do CMS, considerando bom o desempenho dos conselheiros:

(...)os assuntos, ou o conselho trás ou a presidente trás. (...) Então a gente senta e busca o máximo. No momento conseguimos um avanço muito grande, depois de toda essa discussão (referindo-se às questões relacionadas com recursos financeiros). Até um determinado tempo, a contrapartida não era toda transferida para o Fundo Municipal de Saúde, embora a lei determine que vá. Em função dos embates que o fato causou, consensamos que a partir de 2003 os recursos vão todos para o fundo. É um avanço! (...) Nós temos tentado mudar a realidade.... eles (os conselheiros) se esforçam, acredito.

Mas lamenta

Entretanto, na maioria das vezes nos sentimos sós, impotentes, incapazes e até excluídos de um processo para o qual fomos chamados e no qual, na maioria das vezes não somos considerados....

Para Gaiivota, contudo, em seu município os conselheiros:

Não estão preparados para avaliar assuntos como a programação sanitária. Falta visão clara da coisas. O que é apresentado pelo gestor não é muito debatido.

Mas para Clara:

O máximo que se dispõem é ir à reunião uma vez por mês e discutir o orçamento. Falta conhecimento, clareza do papel do conselheiro, falta principalmente vontade.

Mala Preta, que participou do CES e atualmente participa do CMS pensa que:

No conselho estadual me parece que a maioria dos conselheiros é extremamente apta a desempenhar seu papel. É uma coisa que me impressionou, todo mundo sabe o que está falando. Pode até não concordar com a gente, mas eles sabem o que estão fazendo. (...) No conselho municipal... o conselho está com problemas. Temos um regimento interno horrível, antigo, não funciona e um executivo que estava acostumado com um conselho que não cumpria o seu papel. Nós temos conselheiros ruins, nós temos entidades que não deveriam estar ali, um monte de problemas.

(...) as entidades têm um potencial enorme, mas que não desenvolvem. Quando se obtém a vaga (no conselho) não se sabe o que fazer com ela, e as pessoas não querem perder seu tempo, não querem se dedicar, não sabem fazer um protocolo, ou seja, não sabem como encaminhar corretamente um assunto e não procuram aprender.

Borboleta, pensando o trabalho desenvolvido no CES, reflete:

Acho que os conselheiros estão aprendendo este novo papel de participar, fiscalizar. Vivemos numa sociedade que passou por várias ditaduras, com uma história de coronelismo, de clãs de políticos, que tudo isso é muito novo. O que pode facilitar este processo é informação, muita informação, publicização.

Para as conselheiras que representam a instância federal, ambas representantes dos usuários, o histórico de formação dos Conselhos e das entidades que os compõem hoje relaciona-se à atuação dos conselheiros:

Nísia Floresta discorre sobre o histórico e a atuação dos conselhos, em geral:

...no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária e o movimento do Controle Social, esses dois movimentos – que não é exatamente o mesmo – um vem duma visão profissional e outro vem de uma visão de alguns que não são passivos.... Pois nós, somos uns impacientes da saúde, queremos mais e melhor para o povo brasileiro. Então juntando esses dois lados, eu acho que a gente está avançando. Talvez porque em outros lugares não exista a necessidade de que seja pela saúde, porque eles tem - uma Inglaterra e os próprios Estados Unidos (do ponto de vista de império é terrível para o mundo, mas que internamente..) um grau de relações democráticas bem mais fortalecidas que as nossas.

Então não estou achando que em qualquer lugar os serviços de saúde deveriam ser isso, mas no Brasil eu acho que a maior labuta na construção da democracia é o serviço de saúde, com base nesses dois movimentos.

E especificamente sobre os conselheiros nacionais:

... (estão) sempre trabalhando para conter as arbitrariedades; temos vitórias, como o caso do genéricos, mas mais importante do que o que se faz é o que não se permite que seja feito.

E Coruja complementa:

Nestes cinco anos de participação, a impressão, considerando o conjunto do CNS, é de que o desempenho dos conselheiros é muito bom. Os conselheiros de cada segmento, em geral são muito qualificados e o nível de discussão no CNS é excelente. Existem boas argumentações, utilização de conceitos, há um bom nível de informação, o que resulta na formulação de propostas e deliberações de qualidade. Entretanto, nos últimos governos, a grande parte das deliberações do CNS têm sido ignoradas. Quando são feitas grandes movimentações para mudar a disposição do governo para aceitá-las, isto muda. O caso das Agências de Saúde Suplementar, no governo anterior é um bom exemplo: era um golpe que o governo ia dar, então os conselheiros articularam-se com o Congresso e transformamos o assunto em uma imensa audiência pública, com um enorme seminário sobre Agência Suplementar de Saúde, envolvendo o Ministério Público. Obtivemos alterações importantes na lei que criou a Agência. Caso contrário ela teria sido devastadora para o SUS. Então é necessário haver articulação e pressão política em diferentes instâncias da sociedade.

5. 3. Os conselheiros frente aos Princípios do SUS

O comprometimento dos cidadãos conselheiros de saúde com os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde está apresentado neste capítulo segundo a visão que relatam sobre os mesmos. O conhecimento prévio da existência dos princípios é o ponto de partida. Em seguida discorrem sobre o inter-relacionamento ou não que estes princípios apresentam entre si. E finalmente, no item 3.2 apresentamos a visão do princípio da integralidade, buscando isolá-lo dos demais através da descrição da concepção de uma saúde completa, bem como pela verbalização de imagens escolhidas que pudessem interpretar esta saúde integral. No item 3.4 apresentamos a opinião dos conselheiros do estudo quanto à factibilidade do princípio via Sistema Único de Saúde.

5.3.1. Os princípios do SUS na visão dos conselheiros

O conhecimento dos princípios

Quando foram perguntados se haviam tido contato anterior com o Princípio da Integralidade e com as leis que definem os princípios do SUS, com exceção de Clara, que afirmou desconhecer os

princípios e as Leis, alguns conselheiros foram evasivos enquanto outros responderam afirmativamente:

Sobre?... eu, quando digo, assim, que eu não entendo do assunto, é que eu não me dedico ao assunto, mas já li bastante sobre... assim, essa parte mais espiritual da coisa.... já li, já participei. Lá no Conselho Estadual, por exemplo, o Dr Y, secretário, era muito bom nesse negócio, toda reunião ele explicava alguma coisa (....) isso é assim, isto é assado, o Conselho tem que fazer isso, tem que fazer aquilo ... (Mala Preta)

Realmente eu já li. Já verifiquei essa atividade, esse atendimento, mas eu não me aprofundei porque... existindo equipe específica (....) eu desliguei, deixei que eles aprendessem dentro da necessidade.... (Gabi)

Sim, já! A gente está discutindo isto no Conselho, a Integralidade e quando a gente discutia a implantação do cadastro, a informatização, o objetivo distoé para que a pessoa chegue na unidade e tenha uma seqüência, tenha o prontuário, para que possa ser acompanhada (...). ... se necessita de atendimento mais complexo e não tem nada na história anterior, se é tudo desintegrado, não há aquele acompanhamento para que a pessoa seja atendida no seu todo, desde tem que saber o histórico. (...) A Integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS e está na Constituição de 88. (Gaivota)

Sim! Tive o contato através da Lei, né, mas através de um pleito que nós fizemos no Conselho (...) algumas demandas, envolvendo medicamentos e alguns exames de média e alta complexidade. Aquele negócio que se joga sempre um para o outro e vai jogando, né? Então, discutimos isso e na época a gente chegou até a adiantar uma ação, ou pelo menos uma reclamatória no Ministério Público. E para isso nos embasamos exatamente neste conceito. (Mano)

Já! Na terceira Conferência Anual começamos a discutir isso, não só a Integralidade, mas a Universalidade, a Equidade, todos aqueles princípios básicos. (Beija-Flor)

Borboleta, proveniente da instância estadual, referiu que

...a Constituição já fala do direito integral à saúde e na Lei 8080 há aquela concepção de saúde integral no sentido do Sistema Único de Saúde estar fornecendo assistência nos seus diversos níveis de complexidade, né? Então, ...acho que faz um certo tempo que eu não leio, mas já li todas, a Lei 8080 e depois...

E os representantes da instância federal demonstraram suficiente intimidade com os Princípios e as Leis:

Sim! Sempre precisamos lidar com as Leis e os Princípios. Mas (...). Você tem que juntar os princípios, quer dizer, para chegar à Integralidade você tem que pensar a Universalidade, ou seja, a Integralidade para todos e com equanimidade, não é isso? (Nísia Floresta)

Eu tive contato, claro, desde o estudo das Leis, depois utilizei muito esse conceito, aliás esse Princípio, em discussões no Conselho Nacional de Saúde, até como argumento para defender determinadas posições e determinadas coisas que a gente estava buscando na saúde. Usei muito para questionar, por exemplo o PSF (Programa de Saúde da Família), pois ele quebra o Princípio da Integralidade. Também para questionar a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde), principalmente o G-PABA, por concentrar as ações nas ações básicas de saúde e que também quebra o conceito de Integralidade. E muito se tem usado o conceito de Integralidade na defesa do PAISM (Programa de Atenção Integral à

Saúde da Mulher), pois durante toda a nossa vida de luta no movimento feminista, desde 1983, este tem sido um foco importante. Utilizo ainda para dar aulas e para refletir, enfim, tenho utilizado bastante este princípio. (Coruja)

Nísia Floresta fez observar que os princípios do SUS possuem correlação entre si. Essa associação foi percebida e manifestada de forma espontânea por alguns dos sujeitos do estudo durante o primeiro contato. No caso de Nísia Floresta, a pergunta feita estava relacionada com o conhecimento sobre o princípio da Integralidade e as Leis do SUS, quando a conselheira verbalizou a percepção de inter-relacionamento entre Integralidade, Universalidade e Equidade. Vejamos seu pensamento mais completo:

Mas se a gente pega um princípio só, por exemplo, o da Integralidade e pensa: bom, agora vamos aplicá-lo nos serviços de saúde, não vamos chegar a lugar nenhum. Você tem que juntar os princípios, quer dizer, para chegar à Integralidade você tem que pensar a Universalidade, ou seja, a Integralidade para todos e com equanimidade, não é isso?(...) para dar (Integralidade) a todo mundo e da maneira particular com que os diferentes segmentos precisam - qual seria esta Integralidade? – ela é historicamente condicionada essa idéia de Integralidade, não é? A Universalidade e a equidade não são historicamente condicionadas, mas a Integralidade é. Assim, você que teria que suprir todas as pessoas do Brasil e ser equânime. E você vai ter que determinar qual é essa Integralidade hoje...

Para Coruja, da mesma forma, os princípios são indissociáveis:

Eu acho que os três princípios, Universalidade, Integralidade e Equidade são princípios que não se pode aplicar isoladamente. Eles fazem parte do modelo do Sistema Único de Saúde e são a própria essência do SUS. Quando não se cumpre um deles, se prejudica o outro, não é? Eles são permeados por ações que complementam umas às outras. Acho que eles têm que ser aplicados de uma maneira conjunta para poderem funcionar e terem eficácia. Agora, acho que é um conceito útil e eles são perfeitamente exequíveis em conjunto.

Outros conselheiros que expressaram claramente algum conhecimento sobre os princípios filosóficos do SUS, não apontaram inter-relacionamento entre universalidade, equidade e integralidade.

5.3.2. A Concepção de saúde integral

A concepção dos entrevistados sobre saúde integral ou completa difere bastante. Para alguns a noção pode ser expressada pela idéia de um serviço de saúde completo, enquanto para outros a concepção de saúde integral refere-se à higidez que um indivíduo ou coletividade podem assumir.

No meu ponto de vista, eu não sou médico e nem sou da área da saúde especificamente. Sou economista, sou administrador, então, no meu ponto de vista, na minha análise, a saúde completa é o atendimento básico da família, com acompanhamento da saúde de cada indivíduo. Ela parte das visitas domiciliares, dos atendimentos ambulatoriais, do atendimento preventivo no próprio posto de saúde até o encaminhamento para atividades mais complexas, hospitalares, se necessário. (Gabi)

A saúde, ela é bem complexa, mas a principal seria a prevenção, a parte educativa, e não tanto a parte curativa. Então, uma pessoa com saúde... é estar bem fisicamente, sem nenhum problema de saúde e ter todos os cuidados preventivos que ofertamos aos nossos usuários. Acima de tudo é estar de bem consigo mesma. (Sabiá)

Uma saúde completa? É uma saúde com atenção básica, aquela que você consegue ter próximo de sua casa, não precisa ir muito longe e não é necessariamente ter o especialista ali, de imediato, mas sim ter um bom atendimento. (Clara)

Beija-Flor correlaciona saúde e meio, partindo dos serviços:

...é olhar o homem como um todo, incluindo o meio onde ele vive.

Mano e Gaivota, pertencentes a segmentos diversos, respondem:

Bom, eu diria que uma saúde completa, ressaltando que não sou da área, né, seria o bem-estar social, em geral. É muito abrangente! Seria, vamos dizer, assim, primeiro a estabilidade emocional da pessoa, e isso viria acompanhado pelo emprego, a moradia, a qualidade de vida onde ele está residindo, que não adianta ter emprego e morar num lugar inadequado. A prevenção, na saúde, um trabalho preventivo que também envolve o meio ambiente, a infra-estrutura, a segurança. São muitas coisas, acho que eu iria longe... (Mano)

Bom, para mim, a saúde completa é representada pelo indivíduo com bem-estar social, bio-psico-espiritual. Quer dizer, ter ausência de doença....não é só isso, é muito mais! São todos aqueles direitos que a pessoa humana tem para ser e viver a sua condição de pessoa humana, assim como Deus a concebeu. Uma pessoa no bem-estar é uma pessoa que desfruta de todas as facilidades e benesses para estabelecer uma condição digna de vida, condições estas necessárias para se ter uma vida feliz e cidadã.(Gaivota)

Borboleta acha que a saúde completa significa

...primeiro tem essas coisas, de estar bem como o corpo, bem alimentado, saudável, tem isso de se alimentar bem, de fazer exercícios, o lazer coisas para esfriar a cabeça. O trabalho é uma coisa que dá bastante prazer... então, a informação, né, a possibilidade de você ter informação para poder estar

fazendo as melhores opções e também ter acesso aos serviços de saúde, quando a gente precisa e para estar se cuidando, fazendo exames, controlando a nossa saúde.

Mala Preta pensa sobre o sentido de integralidade:

Para mim, integral é tudo, né? Então, a rigor não se poderia pensar, como às vezes aparece por aqui, que o cidadão tem direito à meia saúde, né? Ou então uma saúde suficiente para continuar produzindo bem, ganhando pouco e depois morrer! Que é o que às vezes dá impressão... impressão, não! Existem fatos que se estruturam para isto: nós vamos garantir saúde para você se aposentar, em seguida vamos te pegar de tudo que é jeito pra você morrer logo e não dar trabalho! A coisa está montada assim, sabe?"

Coruja insere em suas reflexões o conceito de determinação social do processo saúde/doença:

Se a gente partir do conceito que está na Constituição da República, a gente está falando do conceito ampliado de saúde - que é uma formulação proveniente do movimento sanitário - inclui não somente as tuas condições biológicas de sobrevivência, o equilíbrio, né, das pessoas em relação ao seu corpo, mas também da inter-relação com o meio ambiente, com o trabalho, com a questão psicológica e é um conceito que também traz como componente essa visão de que há uma determinação de classe nisso aí. É um conceito dinâmico, pois em saúde não há nada completo e estático. Ele deixa claro que existe uma determinação social da saúde e da doença. Tem que raciocinar como um ser biológico, um ser social, um ser com sentimentos e emoções, mas que acima de tudo há uma determinação de posse, que vai fazer com que tu consigas ter mais ou menos condições de garantir a harmonia e o equilíbrio dessas condições de saúde. Ou seja, na verdade tu não és livre pra ter saúde ou doença, pois há uma determinação social da saúde também. E essa determinação social é a que determina a estrutura de uma sociedade (...) Então eu acho que o conceito da saúde completa ... a vida do ser humano é a contínua busca do equilíbrio, da homeostase. Saúde e doença são diferentes faces de uma mesma moeda. É necessário raciocinar como um processo. Quando baixa teu limiar de saúde, aumenta o avanço da doença e vice-versa. E acima de tudo há essa determinação de classe, que vai fazer com que uma pessoa vá obter mais ou menos condições de garantir a harmonia e o equilíbrio da condição de saúde.

Coruja continua, situando o conceito de determinação social da doença também no tempo:

E essa determinação tem também historicidade, pois transita no tempo: no século XVIII, pessoas com muitas posses morriam de tuberculose, pois não havia recurso tecnológico que garantisse sua cura. Hoje, a diferença de incidência de doenças crônicas entre um pobre e um rico não existe, mas existe diferença na detecção da doença quanto ao seu estágio, e no caso do pobre em geral está em uma fase difícil de ser contida. Portanto, a doença ou a saúde tem uma pré-determinação.

E conclui:

Concluindo, saúde tem tudo a ver com felicidade, podes até dizer que tua saúde é a busca da felicidade. Elas estão vinculadas. A felicidade é o próprio objetivo da espécie humana e a busca da felicidade é uma coisa saudável.

Nísia Floresta também reflete sobre a relatividade do conceito de saúde, mas de acordo com o espaço de cada cultura:

Sem dúvida, que saúde não é falta de doença, porque eu acho que um ser vivo tem a capacidade de adoecer e sarar. Acho que é inerente. O vegetal e o animal eventualmente são contaminados de alguma coisa. Para mim, saúde perfeita seria um estado tal de higidez que, ainda que você tivesse algum problema, você fosse capaz de viver sua vida tal como você a concebe, dentro do seu grupo social. O que faz com que uma pessoa seja muito doente em uma cultura pode ser diferente em outra, né?

Para ela, saúde não está relacionada nem com atividade e nem com independência, mas possivelmente com certo grau de autonomia:

Eu posso pensar em uma pessoa inativa, no que é possível ser percebido pelos sentidos, e essa pessoa pode ter uma vida interior que a gente não compreenda. Não sou uma pessoa pragmática quanto ao sentido da utilidade, sempre falei sobre a velhice, que o ser humano não tem que ser útil, ele tem que ser solidário. A única coisa que tem que ser útil é a coisa! Saúde também não está relacionada à independência. Se você falar de autonomia, no sentido de ser capaz, no máximo de sua potencialidade, eu acho bom, importante. Mas como falou Kurt Levin: só é capaz de estar em grupo aquele que é capaz de estar só.

Nísia Floresta reflete sobre o sofrimento e sua superação:

Enfim, tenho essa noção de que um ser vivo nunca deve estar em busca de saúde completa. Não sei se é impossível, mas em tese não é necessário. Agora se algum dia vai haver essa super- humanidade, esse super-homem, essa super-mulher, parece que está muito longe, não vai ser nem para nossos netos ou tataranetos, né? Mesmo com as descobertas do genoma humano e tal, acho impossível. Mas ainda que fosse possível, acho desnecessário. A dor descrita por Cruz e Souza – eu detesto, sou muito frágil para a dor, mas sei de tanta gente, Augusto dos Anjos, Clarice Lispector, Van Gogh, Beethoven, capazes de... pelo sofrimento, transformar....o mundo seria outro, não fosse a dor dessas pessoas. Devo ser grata, acho que é inerente à condição humana.(...) Mas já vi pessoas adoecendo neuroticamente por falta de sentido na vida. Mulheres sem a menor segurança física, mental econômica, mas que foram capazes de, através de uma posição de otimismo e de esperança, superar todas as inseguranças da vida real. Então, talvez no lugar da saúde eu diria sentido de vida...

Alguns componentes da imagem de saúde integral do ser humano foram indicados pelos entrevistados, entre os quais destaca-se uma relação de equilíbrio entre o homem e a natureza como referem, por exemplo, Coruja, Borboleta e Sabiá.

... o homem faz parte da natureza, é uma das espécies da “Gaia”, e uma natureza em equilíbrio e preservada é a plenitude da terra com seus habitantes. Isto é uma visão completa de saúde. (Coruja)

A natureza tem a ver com a saúde ... a água, a floresta, tanto para a gente cuidar como para contemplar. Para estar em equilíbrio, estar bem, preciso do contato com a natureza. (Borboleta)

A natureza, os lugares bonitos fazem bem para os olhos e para a alma. (Sabiá)

As condições de vida e de moradia também foram lembradas, especialmente mencionando saneamento do meio e habitação adequada, conforme comentário de Beija-Flor:

Para ter saúde completa, você tem que ter um lugar saudável para viver (...) devidamente saneado.

Um outro componente imprescindível à boa saúde, segundo os entrevistados é a boa relação familiar:

A família! Viver com a família em harmonia é um fator importante para a saúde. (Gabi)

*Uma família unida, demonstrando satisfação, alegria de viver, passa uma relação com saúde (...)
(Mano)*

O convívio social e a diversão entre amigos foram apontados como determinantes na imagem da saúde completa, como lembram Gabi, Coruja e Gaivota, entre outros:

A diversão! A união entre amigos, não só da família, mas de amigos ... fazendo festa, se divertindo, sorrindo, brincando, fazendo aquilo que não podes fazer no teu ambiente de trabalho e que tens vontade de fazer. A gente trabalha o dia todo, às vezes à noite e não tem um fim de semana ... então, quando a gente se encontra com amigos para descontrair ... vamos esquecer o serviço, vamos nos divertir! Isso é muito importante, ajuda a saúde, revigora, a gente fica novo ... (Gabi)

...pessoas reunidas, alegres, convivendo, batendo papo, bebendo, curtindo, dançando... é lazer. Isso aqui é saúde, é maravilha! O lazer é uma coisa prazerosa, é um componente da saúde. (Coruja)

... uma festa! O povo numa festa ... também são necessidades da pessoa humana: se alegrar, participar do lazer, enfim se relacionar com outras pessoas humanas. (Gaivota)

Entre outros conselheiros, Borboleta e Clara, assinalaram a alimentação como um dos fatores preponderantes na condição de saúde:

...uma outra coisa pra gente ser saudável é a gente se alimentar bem. (...) uma alimentação bem leve, com várias verduras, frutas, peixe, uma mesa bem colorida. Então eu acho que uma coisa importante pra gente aprender e ter acesso pra poder ser saudável é a boa comida. (Borboleta)

Isso aí, uma alimentação saudável! A mudança dos hábitos alimentares deveria fazer parte do processo de aprendizado escolar, já ir discutindo essa questão da alimentação. Hoje, a maioria das pessoas passa o dia todo com um lanche, não? É difícil a família que se reúne para tomar o café da manhã, para fazer uma boa alimentação ao meio-dia. É aquela correria dia-a-dia, busca filho no colégio, faz um lanche, não tem tempo ... e a alimentação é estratégica para a saúde. (Clara)

A atividade física, seja através da prática de esportes, de caminhada sistemática ou o passeio e a dança também foi registrada pelos conselheiros como elemento constituinte na imagem de saúde integral :

O esporte, sim! (...) não necessariamente teria que ser a prática do vôlei, mas movimentar o corpo, de caminhar ... as pessoas não andam mais à pé, até custam a sair à pé, é sempre de carro(...). Nossos avós, eles caminhavam muito, a agricultura também favorecia, neste sentido ... hoje o trabalho modificou tudo. É uma vida sedentária. Tem que resgatar o movimento do corpo. (Clara)

A caminhada: aqui são várias as situações saudáveis: o passeio, a natureza, uma caminhada suave, sozinha ... a solidão também é bom... a gente não precisa estar sempre em grupo, precisa de um momento de reflexão. (Coruja)

A dança ... aí entram duas coisas juntas: você mexer seu corpo, uma atividade (física) e a música. Pra cabeça estar boa, poder pensar bem e pra viver bem, tu tens que ter um momento de lazer, e a dança é, pra mim, uma das melhores coisas, justamente porque mistura a música com o movimento do corpo. (Borboleta)

O trabalho, segundo os entrevistados, também faz parte da imagem de uma saúde completa, como se observa nos exemplos abaixo:

O trabalho, que é um dos direitos humanos. E podes fazer o teu trabalho com prazer. Esta imagem contemporânea (...), demonstra que o ser humano tem que se adaptar aos momentos de evolução da ciência, da tecnologia e estar tranqüilo, com seus instrumentos de trabalho. (Coruja)

(...) uma profissional. Ela tem uma profissão, se mantém ... é a sua independência. Isso é também importante pra mulher, é saudável. (Beija-Flor)

A preservação e desenvolvimento da cultura de um povo como meio de preservar a boa saúde foi citada também;

... levar em conta as diversidades das raças ... as diferenças no modo de resolver os problemas como saúde, alimentação ... eu, por exemplo, quando criança, fui curado na base de chazinhos, benzimentos e sobrevivi. Outros não sobreviveriam, mas eu sobrevivi. (Mala Preta)

A preservação da memória de um povo. Quando se preserva a memória histórica, se preserva as raízes, as origens das pessoas. Os seres humanos precisam ser vinculados à sua cultura e à sua história para poder ter saúde e felicidade. (Coruja)

A imagem de saúde também está associada ao movimento do indivíduo no sentido de viajar, passear, conhecer outros lugares, segundo alguns dos conselheiros:

Aqui, mais uma situação de lazer, a dois. Tu podes ser feliz em grupo, tu podes ser feliz sozinha, tu podes estar com teu companheiro(a) ... aqui, passeando, conhecendo outros lugares, curtindo coisas que aquela cidade oferece ... aqui é Buenos Aires ... é muito saudável. É bom para a saúde não ter uma rotina muito estabelecida, . a novidade, o movimento, a sensação do movimento, da mudança .. acho que também faz parte do equilíbrio das pessoas, não ficar parado, estagnado na tua felicidade cotidiana, tem que ter rupturas ... (Coruja)

A condição de descanso e repouso foi lembrada como um dos componentes da boa saúde:

O descanso! O homem não dá mais valor às pequenas coisas. Sabe, não é a questão do dinheiro, quando não se tem dinheiro para sair. Mas é ficar em casa, descansar, repensar, ter um momento de relaxamento mesmo, isso faz muito bem! (Clara)

E houve quem lembrasse de uma certa interdependência entre imagem de saúde e serviços de saúde:

Eu já escolhi alimentação, habitação e outras coisas e na verdade saúde também está associada à existência de serviços de saúde, de médicos, de aparatos de hospital, de postos de remédios, de farmácia (...) É diferente de quando a gente era criança, quando nasceu (...), que a coisa mais próxima que a gente tinha, parecida, era a parteira. (...) Depois tinha o cházinho, a erva, o benzedor, até a simpatia, né, que se usava muito no interior. (Mala Preta)

As imagens de uma boa saúde, ou de uma saúde completa, integral, que foram descritas pelos conselheiros foram categorizadas e podem ser observadas no Quadro I, apresentado a seguir:

Quadro I. Categorias identificadas pelos conselheiros de saúde relacionadas com saúde completa ou integral

Categoria identificada	Significado relacionado com boa saúde
1. a natureza	<p><i>A natureza, os lugares bonitos fazem bem para os olhos e para a alma. (Sabiá)</i></p> <p><i>A natureza tem a ver com a saúde ... a água, a floresta, tanto para a gente cuidar como para contemplar. Para estar em equilíbrio, estar bem, preciso do contato com a natureza. (Borboleta)</i></p> <p><i>... o homem faz parte da natureza, é uma das espécies da "Gaia", e uma natureza em equilíbrio e preservada é a plenitude da terra com seus habitantes. Isto é uma visão completa de saúde. (Coruja)</i></p>
2. as condições de vida	<p><i>Para ter saúde completa, você tem que ter um lugar saudável para viver (...) devidamente saneado (Beija-Flor).</i></p>
3. as relações familiares	<p><i>Uma família unida, demonstrando satisfação, alegria de viver, passa uma relação com saúde (Mano)</i></p>
4: o convívio social	<p><i>A diversão! A união entre amigos, não só da família, mas de amigos ... fazendo festa, se divertindo, sorrindo, brincando, fazendo aquilo que não podes fazer no teu ambiente de trabalho e que tens vontade de fazer. A gente trabalha o dia todo, às vezes à noite e não tem um fim de semana ... então, quando a gente se encontra com amigos para descontrair ... vamos esquecer o serviço, vamos nos divertir! Isso é muito importante, ajuda a saúde, revigora, a gente fica novo ... (Gabi)</i></p> <p><i>... uma festa! O povo numa festa ... também são necessidades da pessoa humana: se alegrar, participar do lazer, enfim se relacionar com outras pessoas humanas. (Gaivota)</i></p>
5. a alimentação	<p><i>...uma outra coisa pra gente ser saudável é a gente se alimentar bem. (...) uma alimentação bem leve, com várias verduras, frutas, peixe, uma mesa bem colorida. Então eu acho que uma coisa importante pra gente aprender e ter acesso pra poder ser saudável é a boa comida. (Borboleta)</i></p> <p><i>Isso aí, uma alimentação saudável! A mudança dos hábitos alimentares deveria fazer parte do processo de aprendizado escolar, já ir discutindo essa questão da alimentação. Hoje, a maioria das pessoas passa o dia todo com um lanche, não? É difícil a família que se reúne para tomar o café da manhã, para fazer uma boa alimentação ao meio-dia. É aquela correria do dia-a-dia, busca filho no colégio, faz um lanche, não tem tempo ... e a alimentação é estratégica para a saúde. (Clara)</i></p>

6. a atividade física	<p><i>O esporte, sim! (...) não necessariamente teria que ser a prática do vôlei, mas movimentar o corpo, de caminhar ... as pessoas não andam mais à pé, até costumam a sair à pé, é sempre de carro(...). Nossos avós, eles caminhavam muito, a agricultura também favorecia, neste sentido ... hoje o trabalho modificou tudo. É uma vida sedentária. Tem que resgatar o movimento do corpo. (Clara)</i></p> <p><i>A dança ... aí entram duas coisas juntas: você mexer seu corpo, uma atividade (física) e a música. Pra cabeça estar boa, poder pensar bem e pra viver bem, tu tens que ter um momento de lazer, e a dança é, pra mim, uma das melhores coisas, justamente porque mistura a música com o movimento do corpo. (Borboleta)</i></p>
7. o trabalho	<p><i>O trabalho, que é um dos direitos humanos. E podes fazer o teu trabalho com prazer. Esta imagem contemporânea (...), demonstra que o ser humano tem que se adaptar aos momentos de evolução da ciência, da tecnologia e estar tranqüilo, com seus instrumentos de trabalho. (Coruja)</i></p> <p><i>(...) uma profissional. Ela tem uma profissão, se mantém ... é a sua independência. Isso é também importante pra mulher, é saudável. (Beija-Flor)</i></p>
8. a preservação desenvolvimento da cultura	<p><i>... levar em conta as diversidades das raças ... as diferenças no modo de resolver os problemas como saúde, alimentação ... eu, por exemplo, quando criança, fui curado na base de chazinhos, benzimentos e sobrevivi. Outros não sobreviveriam, mas eu sobrevivi. (Mala Preta)</i></p> <p><i>A preservação da memória de um povo. Quando se preserva a memória histórica, se preserva as raízes, as origens das pessoas. Os seres humanos precisam ser vinculados à sua cultura e à sua história para poder ter saúde e felicidade. (Coruja)</i></p>
9. a condição de repouso	<p><i>O descanso! O homem não dá mais valor às pequenas coisas. Sabe, não é a questão do dinheiro, quando não se tem dinheiro para sair. Mas é ficar em casa, descansar, repensar, ter um momento de relaxamento mesmo, isso faz muito bem! (Clara)</i></p>
10. os serviços de saúde	<p><i>Eu já escolhi alimentação, habitação e outras coisas e na verdade saúde também está associada à existência de serviços de saúde, de médicos, de aparatos de hospital, de postos de remédios, de farmácia (...) É diferente de quando a gente era criança, quando nasceu (...), que a coisa mais próxima que a gente tinha, parecida, era a parteira. (...) Depois tinha o chazinho, a erva, o benzedor, até a simpatia, né, que se usava muito no interior. (Mala Preta)</i></p>

5.3.3. A viabilidade dos princípios doutrinários do SUS

Beija-Flor acha que a integralidade, como o nome já diz, está intimamente relacionada ao acesso aos recursos que um indivíduo possui para resolver todos os seus problemas de saúde e para prevenir as doenças. Assim, considera que pelo SUS não é viável, mas através do sistema privado:

Sim, porque você paga e você tem. Existem várias clínicas especializadas, de tudo quanto é jeito, então, se você tem poder aquisitivo ... nem mesmo através dos planos de saúde, pois os planos estão cortando muita coisa, não oferecem tudo o que prometem. Então, se você tem condições de pagar, aí sim você tem integralidade: precisa de um angiologista, você vai; precisa do cardiologista, você vai; precisa do exame de alto custo, você tem. Dentro do SUS não dá (...) só tendo dinheiro para ir buscar no particular.

Para Gabi, a concretização da integralidade deve ser relacionada a todo o ciclo vital, além da consideração de alguns componentes mínimos:

Essa questão da ... integralidade da saúde... ela é um conjunto de elementos que precisam estar aí, à mão – os alimentos, a família, o companheirismo, as atividades de lazer, os conhecimentos novos, os serviços ... - desde o nascimento até a velhice. Se você não tiver você passa a ficar doente, isolado, deprimido ... (Gabi)

Mala Preta acha que para concretizar essa noção de integralidade é necessário:

(...) fazer tudo o que pudesse prolongar a vida e com ela a felicidade. Eu acho que não tem sentido você dizer assim: ...vou te dar 600 calorias a vida inteira, você vai viver 150 anos gripado, doente ou aleijado. Isso não pode ser um objetivo. Agora se você disser: você vai viver muito tempo, trabalhando, fazendo o bem, ajudando a solucionar problemas, aí faria sentido. Então se eu tiver um problema e esse problema só se resolver com R\$ 200.000,00 então o sistema teria que encontrar um modo de resolver este problema.

Mas ainda que considere alguma dificuldade quanto à concretude do princípio da integralidade, Mala Preta afirma que ele é viável sim:

Eu acho que poderia, sim, porque se rouba tanto, se joga tanto dinheiro fora se não se der conta ...para resolver certas coisas, tipo assim uma perna mecânica computadorizada (para o caso da lancha, lá), ...tudo bem, então que seja uma perninha de madeira para o cara caminhar sossegado. Se não tem tomografia (não se pode garantir tomografia computadorizada para cada arranhão!) computadorizada, que é caríssima, então que alguém saiba o que fazer para manter o cara com boa saúde... Tem jeito, sim. Eu acho!

Gaivota comenta sobre um possível padrão de integralidade a ser conferido às pessoas:

Acredito que não há um padrão de saúde completa, mas acredito que é uma das nossas lutas para que a vida e a saúde sejam melhor cuidadas e conservadas.

Sabiá acha que poderia haver um padrão, mas que este estaria relacionado com o quantitativo e não com o qualitativo, prioritariamente:

(...) esse padrão seria de muito mais pessoas saudáveis.

Mano considera que os princípios filosóficos do SUS, a integralidade, a universalidade e a equidade são todos exequíveis, mas que na cultura brasileira, onde existem dominados e dominadores e se manifestam muitos interesses escusos, os princípios acabam sendo

(...) vistos como falácias, por razões diversas: inferioridade/superioridade das pessoas (não aceitam que somos todos iguais); a distorção da democracia quando o poder delegado pelo povo serve para subjugar-lo; a certeza da impunidade; a falta de comprometimento e de ética; o baixo nível de educação do povo.

Borboleta pensa que os princípios de universalidade, equidade e integralidade são viáveis, mas assim como Mano, pensa que esta viabilidade vai depender de um contexto diferente do atual:

Acho que eles são exequíveis. Não imediatamente, mas com planejamento adequado. Garantir o acesso universal hoje, com a atual estrutura, causaria um colapso no SUS, mas isto identifica-se com o uso inadequado, pois sabemos que muitas pessoas buscam atendimento em consultório privado, mas se utilizam do SUS para serviços complementares mais complexos, pois são mais caros. A equidade é uma questão acima de tudo ética! A integralidade sofre o viés do estrangulamento, dos encaminhamentos inadequados, falta de planejamento, de protocolos e de supervisão. Mas continuo acreditando que são exequíveis. (Borboleta)

Nísia Floresta imagina que, para que o conjunto de princípios filosóficos do SUS adquira concretude, é necessário:

(...) juntar os princípios, quer dizer, para chegar à Integralidade você tem que pensar a Universalidade, ou seja, a Integralidade para todos e com equanimidade, não é isso?(...) para dar (Integralidade) a todo mundo e da maneira particular com que os diferentes segmentos precisam - qual seria esta Integralidade? – ela é historicamente condicionada essa idéia de Integralidade, não é? A Universalidade e a equidade não são historicamente condicionadas, mas a Integralidade é. Assim, você que teria que suprir todas as pessoas estão no Brasil e ser equânime. E você vai ter que determinar qual é essa Integralidade hoje....

E mais tarde procura alcançar um caminho para definir a integralidade no contexto brasileiro atual:

Eu acho que integralidade agora, seria... não que se dessem todos os serviços que uma pessoa teoricamente precisa, mas dentro dos recursos que o SUS tem, que a pessoa pudesse ter acesso com equanimidade ao máximo de serviços necessários.

E Coruja, para quem os três princípios também não podem ser aplicados isoladamente, e que quando não se cumpre um deles, por consequência os outros estarão prejudicados, também acha que uma mudança de contexto é que poderia determinar sua viabilidade ampla, na prática do SUS:

(...) eles são perfeitamente exequíveis em conjunto. (...) O conjunto dos três e especificamente a integralidade, eu acho possível de serem atingidos. Isto, partindo do princípio de que a gente tá lutando pra transformar essa sociedade em que a gente vive. Nessa sociedade que nós vivemos, nenhum dos três princípios vai dar certo, nenhum. Principalmente, aí tem um deles que é central nisso, que é o da Equidade, por que não tem equidade no capitalismo, por definição. Mas pode ter integralidade, por exemplo, nas classes sociais dominantes. Tu podes ter um atendimento absolutamente integral, se tu compras um plano de saúde altamente amplo, específico, completo, mas aí não acontece universalidade, e nem equidade. Esta integralidade vai existir para aquela classe social, para aquela pessoa. Se a pessoa tem dinheiro e pode comprar um serviço, tudo que precisar, desde a alta complexidade até o mais simples, vai haver uma integralidade da ação no teu corpo, na tua pessoa, na tua classe, com o teu dinheiro. Teoricamente, né? Agora, se quisermos mudança da sociedade, se quisermos um SUS do jeito como ele foi concebido, não podemos pensar isoladamente nos três princípios, eles acontecem juntos e um depende do outro.

5.4. A inserção do tema "saúde da mulher" nos conselhos

5.4.1. Os temas mais frequentes nas plenárias

Os temas lembrados como mais frequentes estão quase sempre associados às exigências normativas do Sistema Único de Saúde, conforme relatos abaixo:

Nas reuniões ordinárias o assunto é referente ao programas de saúde, que vão sendo avaliados, mas o que se discute com bastante ênfase mesmo é a parte financeira. Tanto que nós ficamos aí, praticamente um ano sem aprovar as contas porque não estavam adequadas. (...) conseguimos um avanço muito grande, depois de toda essa discussão, pois a contrapartida municipal a partir de 2003 irá toda para o Fundo. É um avanço! (...) também entram na pauta as demandas do SUS, como planejamentos, as autorizações que têm que ser pagas... (Mano)

Bom, é... tem as questões legais, de prestação de contas, aprovação de Planos e de alguns programas que necessariamente precisam passar por aprovação. Então, vem muito essa demanda institucional mesmo, da Secretaria Estadual de Saúde... coisas que precisam ser aprovadas para encaminhar para o Ministério da Saúde: o Plano Estadual de Saúde, a PPI, que é a Programação Pactuada e Integrada... a própria prestação de contas e o planejamento para o próximo trimestre, mas é sempre atrasado, sempre uma pauta correndo. Em algumas ocasiões os conselheiros introduzem alguns temas que acham interessantes e o Conselho aceita. (Borboleta)

A secretária estabelece as pautas. Normalmente são informes das exigências do SUS que a secretária esclarece e coloca em discussão. (Clara)

Gabi refere-se aos temas sobre financiamento como responsabilidade maior dos conselhos:

São as prestações de contas, os orçamentos, afinal esta é a função do conselho, fiscalizar os gastos!

Beija-Flor confirma que no conselho do qual participa há uma cobrança freqüente por parte dos conselheiros, subsidiada pelos instrumentos de controle e avaliação do SUS:

Olha, depois que eles aprenderam a fazer orçamento, aprenderam que existe um Plano Plurianual, existe uma Agenda (de Saúde), e estão em cima de tudo. Eles têm a Agenda e ... chegam lá com o cronograma na mão e ... foi discutido, foi aprovado, isso aqui é para ser realizado, então, por que isso não foi feito?

Ela complementa:

Por incrível que pareça, nas pautas das reuniões do CMS não constam mais aqueles assuntos rotineiros, que tratam apenas de uma necessidade em um determinado bairro. Quando surge uma demanda local, o problema é resolvido pelo Conselho Local de Saúde daquele bairro... daí, o Conselho Municipal se ocupa apenas dos grandes problemas, como demanda reprimida, consultas e exames de alta complexidade, convênios, verbas recebidas ou não, entre outros. (Beija-Flor)

Entretanto, Mala Preta tem a impressão de os problemas sobre atendimento são muito discutidos no Conselho:

Puxa, vida ... não sei se é o mais discutido, mas um assunto que sempre aparece lá e por vários canais, pela janela, pela porta, pelo subsolo ... é o mau atendimento. É impressionante! É semelhante ao que acontece lá nas associações, coisas do tipo queixas.(....) e a análise do Secretário, que eu acho muito correta, é que infelizmente a gente tem que entender que se isto está vindo para cá, é porque no lugar para onde deveriam seguir as reclamações a comunicação não está boa.... o normal seria se a pessoa chegasse lá e não funcionasse, está ali: RECLAMAÇÕES e você vai lá e resolve... uma ouvidoria, qualquer coisa assim.

A seguir, encontra-se uma relação resumida das questões mais comumente levantadas nas pautas das plenárias dos conselhos municipais. Os assuntos apontados pelos entrevistados desta instância estão agrupados por freqüência de citação e por tema, no Quadro II. Do mesmo modo, as informações dos entrevistados das instâncias estadual e federal, sobre os assuntos mais freqüentes nas plenárias do Conselho Estadual de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde também foram agrupadas por ordem de freqüência de citação e por tema, no Quadro III.

Quadro II. Assuntos mais freqüentemente abordados nas reuniões plenárias dos conselhos municipais de saúde, segundo os entrevistados.

a) Grupo de questões relacionadas ao planejamento de despesas e instrumentos de controle de despesas do SUS

- A prestação de contas
- As aprovações para despesas do Fundo
- O orçamento/ a PPA – Programação Plurianual

b) Grupo de questões relacionadas ao planejamento de ações e instrumentos de controle e avaliação do SUS

- O planejamento de saúde/ formulação da atenção
- A aprovação de programas/ programação de saúde
- A análise e aprovação das prioridades dos secretários
- A Agenda de Saúde/ o Cronograma de Metas
- As demandas do SUS

c) Grupo de questões relacionadas às demandas da comunidade

- As queixas e reclamações / os problemas no atendimento
- O atendimento nos Postos de Saúde, em geral
- As prioridades de cada comunidade

d) Grupo de questões relacionadas ao gerenciamento do atendimento em saúde

- O transporte de pacientes para níveis mais complexos
- As campanhas de vacinação

Quadro III. Assuntos mais freqüentemente abordados nas reuniões plenárias do CES e do CNS, segundo os entrevistados

a) Grupo de questões relacionadas ao planejamento de despesas e instrumentos de controle de despesas do SUS

- O financiamento da saúde
- O Plano Trimestral de Aplicação

b) Grupo de questões relacionadas ao planejamento de ações e instrumentos de controle e avaliação do SUS

- A aprovação de programas de saúde
- A PPI – Programação pactuada e Integrada
- As Normas Operacionais do SUS

b) Outras questões

- Análise de medidas provisórias
- Urgências institucionais/ "emergências"

Nísia Floresta e Coruja explicam com mais detalhes como os temas surgem nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde:

É tão variado... temos uma agenda, mas a gente sempre é atropelado pelas emergências. Tanto do poder legislativo como do executivo vêm bombas... arbitrariedades que surgem no interior do sistema de saúde... no Ministério da Saúde, na área de financiamento, principalmente. Talvez seja exagerado, mas o que mais nos preocupa é a questão do financiamento da saúde. Ainda que a gente não esteja, do ponto de vista quantitativo, toda hora falando do orçamento, isto é aquilo que nos deixa indignados, porque a política econômica do governo (FHC) tem como meta satisfazer os ... credores internacionais. (...) Então você vê o dinheiro do sangue do povo brasileiro ir para a chamada dívida externa... e interna também. Isto nos incomoda! (Nísia Floresta)

Coruja também considera que o assunto principal está vinculado ao financiamento do setor saúde, mas também lembra as questões normativas do SUS:

Normalmente são os assuntos relativos ao financiamento, este é o assunto central! Os assuntos referentes a normas operacionais, alterações que levam em conta o modelo de gestão também.(...) As normas e portarias devem sempre ter a aprovação do CNS, mas muitas vezes já estavam em prática sem que tivessem sido aprovadas, por exemplo, a Bolsa-Alimentação que foi implementada mesmo sem aprovação do CNS.

E refere-se a uma atividade constante do Conselho Nacional de Saúde no período de governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC):

No governo anterior (FHC) o CNS tinha uma função também de fazer resistência, conter a fúria "legislante" do Ministério da Saúde, que vivia emitindo normas, portarias e medidas provisórias,

sempre para tentar romper com os princípios do SUS, conseguir fragmentar as políticas de saúde e encaminhá-las no sentido da privatização, de confiná-las nas ações básicas de saúde e de cumprir os compromissos do Fundo Monetário Internacional. Como cada dia chegava uma nova bomba, o Conselho tinha uma atuação muito diversificada em plenário. (Coruja)

Nísia Floresta emite parecer similar ao de Coruja quanto à grande ocupação dos conselheiros nacionais naquele período:

(...) o que nos ocupa são as urgências institucionais, quando está para passar uma Lei 4147 (referente ao abastecimento de água e saneamento) ou alguém que tente, no meio de uma epidemia, criar uma agência nova só para criar novos empregos, mais barganhas de ordem político/partidária ...e você tem que sair correndo, tem que gritar.(...) A gente conseguiu muita coisa também, temos vitória, como os genéricos, a Emenda Constitucional 29, muita coisa concreta. Mas esse empenho....o que nunca vai poder constar de relatório nenhum é a nossa luta para resistir às forças anti-democráticas, anti-populares, anti-humanas que querem se servir do que há de mais frágil – a dor humana – para fins eleitoreiros, para fins de lucro na área da indústria, na área de serviços e na área de emprego. (Nísia Floresta)

5.4.2. O tema saúde da mulher

A pergunta feita diretamente sobre a lembrança de algum tema em saúde da mulher discutido durante seu tempo de atividade como conselheiros trouxe algumas repostas mais positivas que no caso anterior, quando se requisitou memória espontânea. No âmbito nacional, Coruja responde que assunto sobre saúde da mulher nunca entra em pauta, a não ser que ela inclua;

Todas as iniciativas de discussão sobre saúde da mulher ou de questões relativas à mulher foram iniciativas ou de minha antecessora ou minhas. Não passa pela porta do Conselhoa não ser discussões como ... veio uma vez do Ministério da Saúde, sobre a Campanha do Câncer Cérvico Uterino e às vezes vem alguma solicitação de auditoria em maternidades, quando ocorre morte maternas, mas é muito pouco. As coisas relativas à saúde da mulher, eu posso afirmar, nestes cinco anos de atividades no Conselho, são introduzidas por nós e originárias de várias fontes: da Rede (Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Reprodutivos e Sexuais), das pautas de luta do movimento feminista, do cumprimento de nossa agenda como as lutas do aborto, mortalidade materna, contracepção, saúde da mulher, essas coisas todas ... e vem alguma coisa da Área Técnica de saúde da Mulher do MS e da comissão interinstitucional de saúde da Mulher, a CISMU.

Nísia Floresta conta um caso que lembra com emoção:

Olha, o que nos emocionou foi quando nossa companheira, que no momento não estou lembrando o nome, de São Paulo... quando ela fez o relatório da Campanha do Câncer, o cervical. Aquilo foi tão dramático, era como se fosse uma boiada de mulheres, como vacas, entendeu, que fossem chamadas para dizer que tinham câncer. Porque depois não houve acompanhamento. Eu nunca vi nada assim e ainda me arrepio de pensar ... não se pode respeitar um burocrata com coragem de,, a sangue frio, inventar um genocídio desses (...) chamar as mulheres em confiança, elas irem fazer o exame ... para dizer que elas tinham câncer e daí é isso mesmo ... elas poderiam morrer em paz. Então esse para mim, foi o momento mais dramático que vivi em relação à saúde da mulher.

Mala Preta só lembra de assuntos referentes à saúde da mulher quando esteve no Conselho Estadual de Saúde. Quanto ao Conselho Municipal de Saúde, não lembra quais foram os temas, especificamente, mas afirma que já se discutiu alguma coisa.

Sim, no Conselho Estadual, principalmente. Até é uma coisa interessante relatar, é que ...a composição no Conselho Estadual de Saúde (acho que isso ocorre nos outros conselhos estaduais)... me parece que a maioria dos conselheiros é extremamente apta a desempenhar seu papel. É uma coisa que me impressionou, todo mundo sabe o que está falando! Podem até não concordar com a gente, ou não querer concordar, mas sabem o que estão fazendo. Então, por exemplo, havia uma enfermeira e eu admirava como ela colocava estas questões da mulher lá no Conselho. Havia outros, mas eu lembro dela, ela ia fundo. (...) No conselho municipal... o conselho está com problema (...) mas apesar disso de vez em quando surgem coisas sobre saúde da mulher ... só que eu não consigo lembrar o que. (Mala Preta)

Borboleta, sobre os temas abordados no Conselho Estadual de Saúde comenta:

Já, já! Veio um documento, um ofício da Federação e da Associação dos Hospitais solicitando que a Secretaria revisse a questão do pagamento das taxas de cesárias quando isso ocorre acima de 30%, pois o Ministério, realizou um acordo para tentar reduzir as taxas do parto cesário. Eles estavam sugerindo que a taxa não fosse por instituição, como foi estabelecido inicialmente, mas sim para Santa Catarina como um todo, alegando que alguns hospitais do interior são as únicas maternidades e possuem taxas grandes. Na época anexaram uma carta de um diretor clínico de uma maternidade do Oeste (um hospital religioso), justificando a grande taxa de cesárias porque havia um grande número de mulheres jovens, os bebês eram grandes e eram mulheres de cultura rude, o que dificultava o parto normal. Aquilo me causou indignação e propusemos a discussão da política de cesariana no Conselho.(...) e acabou vindo um documento do Ministério acordando que as taxas passassem a ser adotadas por estado e não mais por instituição.

E completa com outros assuntos da área de saúde da mulher que entraram em pauta no CES:

(...) discutimos as metas da Secretaria para consulta pré-natal (o preconizado são seis, a Secretaria propunha quatro), discutimos um projeto de Lei, aprovado na Assembléia Legislativa, que garante à mulher o direito de ter acompanhante no momento do parto; amanhã estaremos discutindo a questão do parto humanizado e de como se está regulamentando esta questão no estado.

Entre os conselheiros municipais não constou qualquer comentário sobre iniciativas dos próprios conselheiros, encontrando-se os temas de saúde da mulher geralmente associados aos programas gerenciais de iniciativa nacional.

Gabi não lembra nada que seja especificamente discutido sobre saúde da mulher em seu conselho, nada polêmico ou pelo menos nada que chamasse atenção.

Segundo Beija-Flor, as questões relacionadas à saúde da mulher no conselho de seu município são o problema de escassez de leitos para obstetrícia, os projetos para aprovação do título “Hospital Amigo da Criança e o Banco de Leite Humano”.

Gaivota lembra da humanização do parto e das campanhas do câncer:

O assunto da humanização do parto, que nós tratamos e implantamos; da prevenção do câncer de mama, da prevenção do câncer da mulher, e generalizando o atendimento em saúde, tem o Programa da Diabete, Programa do Hipertenso, o PSF, que estamos começando a implantação e que é para a mulher também ... a mulher está inclusa. (Gaivota)

Clara reafirma que tudo em seu conselho parte do gestor:

Não, nada além daqueles assuntos que a secretária coloca. Nós discutimos a implantação de programas, a questão do pré-natal, mas a discussão não avança muito, assim ... eu não lembro de ter em pauta ou de algum conselheiro ter sugerido alguma discussão sobre este tema.

Sabiá responde sobre a implantação de atividades voltadas à saúde da mulher:

Foi implantado o Programa de Planejamento Familiar, o grupo de gestantes e palestras educativas e foi contratado um ginecologista.

Específico?! Já teve em pauta o caso do pré-natal, também o caso da busca ativa de vacinação contra rubéola e foi também discutida uma questão sobre a gerência do Programa, mas na realidade, saúde da mulher não tem ... (Mano)

5.4.3. Uma abordagem diferenciada na atenção à saúde da mulher?

Na opinião dos entrevistados, os tipos de serviços de saúde que deveriam ser oferecidos às mulheres alcançaram uma única categoria, pois todos os entrevistados que ofereceram alguma resposta consideraram que a abordagem deveria ser diferenciada. Gabi responde imediatamente que a atenção à saúde da mulher

(...) deve ser específica, porque a mulher é o alicerce da vida, da saúde. Além de gerar o ser, ela é quem acompanha, né, quem convive, ela é quem cuida, quem encaminha, ela é quem dá o elemento básico ... então, ela é quem vai determinar a formação do indivíduo - do homem ou da mulher - daqui para frente. Então, a mulher é fundamental, merece uma atenção especial.

Mala Preta, quando questionado, não manifesta opinião imediata:

(...) sinceramente, embora eu seja casado, não tenho a menor idéia do que possa ser atenção completa para uma mulher! Mas, pela convivência, né, a gente percebe que a mulher aparenta, às vezes ter mais necessidade de atenção à saúde que o homem, isso é uma impressão (...)

Mas quando descreve suas expectativas quanto aos serviços de saúde e opinando que o acompanhamento domiciliar no modelo do Programa de Saúde da Família é uma necessidade, expressa o que pensa também sobre a atenção à saúde da mulher:

(...) porque se fala muito em prevenção, prevenção ... e é uma coisa que eu vi nessas reuniões conosco, do Conselho, tal, sobre o agente comunitário, né, que se o programa funciona direito ele está sempre circulando na casa de todo mundo (...) isso vai dar um registro e aí detona outros mecanismos de atendimento e acaba melhorando a condição de saúde e de vida daquela pessoa. Então, dentro dessa linha, isso deveria haver pra todo mundo e para a mulher inclusive. (...) Porque a mulher ainda é

sobrecarregada de fato, em tudo, tá certo. Então deveria ter um modo diferente de atender ...ela não poderia estar numa fila, pois de repente, trabalhou e está ali ... na chuva, essas coisas assim. (...) Muitas vezes ela é mãe e está cuidando de outras pessoas. Veja bem, quando a mulher falta no dia-a-dia, há um transtorno na vida de mais gente em volta dela. Se eu passo quinze dias fora de casa, não muda a dinâmica da família ... agora, se a mulher falta por quinze dias, aquilo vira um minicaos, né? (...) A criança fica sem mãe ou mesmo um rapaz, por quinze ou vinte dias ... isso reflete em alimentação, em limpeza, em ambiente, em saúde. Então, tudo o que se fizer neste ponto – é meio egoísta – deixa a mulher mais disponível.... Se a família conta com a mulher com boa saúde e tal, tudo vai bem.

Mano, quando responde, salienta este diferencial entre o homem e a mulher:

O homem ... ele não procura (os serviços de saúde), só quando fica doente. A mulher, por ser a base, parte importante da sociedade – além de gerar os seres é ela quem educa e por conseguinte é ela quem pode produzir uma sociedade melhor, deve merecer atenção especial ...

E remete à condição da gestante, como exemplo:

(...) ali estão implicados dois seres: o que está gerando e o que está sendo gerado e este momento, o da gestação, é de suma importância para o ser humano e seu futuro.

Depois conclui:

Além disso, tem toda atividade preventiva (em saúde da mulher), esse negócio do câncer ... eu não sou especialista na área ... mas acho que a mulher deveria ser melhor orientada. Hoje ainda se dá a ele o valor pela aparência. É necessário que se fortaleça, se qualifique a prevenção e que se reorganizem as ações curativas.

Clara também pensa que a atenção deve ser diferenciada, mas que isto já está encaminhado, de certa forma:

Acho que neste sentido, de serviços ... até que a mulher está bem à frente, em relação ao homem. Ela tem toda uma estrutura, os programas de saúde da mulher ... e não tem para o homem. Ela tem toda uma atenção organizada em sua volta, acho que é a própria cultura, na tradição feminina ela se preocupa mais com essas coisas, a saúde. Você pode ver, as meninas, elas já estão pensando com se cuidar, o jeito de vestir, com a beleza. Então, a preocupação com a saúde faz parte da vida da mulher.

E Coruja acha que em termos conceituais, saúde é igual para homens e mulheres, pelo fato de ser um direito, mas que ambos têm situações específicas:

(...) no conjunto das condições se equivalem: saúde do homem e da mulher, felicidade do homem e da mulher, da criança, do adulto, do jovem, do velho, desde que respeitadas as especificidades de cada um.

E exemplifica situações de peculiaridade quanto à saúde da mulher:

(...) uma usuária, no caso mulher, foi buscar um atendimento, percebe essa necessidade (pelos sintomas), mas isto pode ser o reflexo físico de um conjunto de coisas que estão em outras áreas de carências. Podem ser resultantes de ... é muito comum mulheres terem reflexos somáticos de agressões, mulheres vítimas de violência, do descaso, da indiferença, da pobreza, da opressão no trabalho, de

discriminação sexual, da discriminação de raça e etnia, e às vezes não identifica claramente essa situação que é cultural e social e vai procurar o centro de saúde pra tratar de uma úlcera, pra tratar de uma dor de cabeça intermitente, pra tratar de um ataque de nervos, como o pessoal fala ... de uma instabilidade emocional ou coisa assim e que não encontra tratamento do ponto de vista físico. Então, se tu tiveres uma equipe multiprofissional, se isso for trabalhado adequadamente na unidade sanitária - os diferentes aspectos que compõem as carências humanas - tu vais ter condição de te aproximar um pouco mais daquela realidade. (Coruja)

Gaivota, no que se refere à atenção específica para a saúde da mulher, conclui:

Uma atenção completa em saúde da mulher seria atender a mulher na sua integralidade e não fracionar a mulher. Porque o que acontece normalmente, é que ela é fracionada, quando se fala em saúde da mulher se pensa logo naquela parte feminina ... da maternidade, mas a mulher não é só isso. Ela também pode ter doenças que o homem tem, sofrer do coração, diabetes, ela pode ter doenças mentais, pode ter problemas psicológicos ... então para atendê-la integralmente é preciso atendê-la em todos os aspectos da vida humana..

5.4.4. Para obter uma atenção à saúde da mulher mais qualificada

Alguns conselheiros provenientes da instância municipal refletem sobre a necessidade de mudanças nas práticas de atenção à saúde da mulher: Gabi pensa que a melhor maneira é

Abrindo programas específicos para a mulher e com mulheres, porque a única pessoa que entende a mulher é a própria mulher... os programas de hoje (na sua cidade) estão defasados, temos que criar ainda alguma coisa que seja mais completa, mais condizente com a situação da mulher. Isto não temos no nosso município, precisa ser feito. A mulher é tudo na vida da sociedade, na vida em conjunto, na vida social e na vida familiar, tem que ter uma atenção especial, sim.

Mala Preta afirma que o maior problema está na ausência de qualidade e na falta de tempo dos profissionais, principalmente médicos para abordarem questões mais amplas, como o cuidado com a saúde, a alimentação, pensar na questão de idade, por exemplo. Para Mala Preta, a condição de idade é muito importante, como no caso dos idosos, quando comenta a necessidade do acompanhamento domiciliar:

Eu vejo que em outros países tem um sistema que telefona lá para o senhor Mala Preta e pergunta: o senhor já aprontou sua lista de compras? E o serviço vai lá faz as compras e entrega, né? Isto falta no Brasil, onde parece que o administrador está ali apenas para cumprir uma obrigação e deseja é que não apareça ninguém, para não incomodar muito. Agora tem aí todas essas propostas (refere-se ao PSF), né ... chega alguém na minha casa e encontram lá um velhinho entrevado, numa cama isso vai dar um registro e aí detona outros mecanismos de atendimento e acaba melhorando a condição de saúde e de vida daquela pessoa. Então, dentro dessa linha, isso deveria haver pra todo mundo e para a mulher inclusive.

E comenta que, com pequenos ajustes na área de recepção e encaminhamento, os serviços de atenção à mulher e de modo geral poderiam ser mais eficientes:

(..). *me parece assim, que pequenos detalhes operacionais, de baixo custo vão melhorar a sensação de que se está sendo bem atendido. Às vezes a coisa continua igual ou um pouco melhor, mas a sensação de melhoria é muito grande. É a maneira como recebem, como dão a solução ... as pessoas são perfeitamente administráveis, é só você dar atenção a elas.(...) então o cara chega lá na pior e só o fato de ser bem recebido já melhora, já diminui aquela ansiedade. Se não puder resolver, encaminha (...) são coisas que refletem a sensação de tranquilidade, de segurança. (...) Então, um serviço de saúde pode estar tendo uma má imagem ou até não estar conseguindo fazer seu trabalho porque não consegue se relacionar com o público de lá.*

Mano julga haver falta de empenho da própria mulher nos serviços de saúde:

Eu diria que a saúde da mulher ainda não avançou porque ... está faltando consciência. Consciência da própria mulher, enquanto profissional e enquanto usuária ... e da mulher que é gerente dos serviços. Eu vejo hoje um grande momento para a mulher, porque grande parte das gerências da área da saúde está sendo exercida pelas mulheres, mas elas ainda não tomaram consciência do valor intrínseco a este fato.(...)

Exemplifica:

Discutimos (no Conselho) uma situação delicada, seríssima, que é o pré-natal, constatado que a demanda era, algumas vezes maior que a oferta pelos prestadores (conveniados) e destacamos a premente necessidade do gestor dotar uma unidade de saúde com serviço de ultrassonografia,(...) considerando que não conseguíamos comprar estes serviços, pois estes prestadores não ofertavam em quantidade suficiente. (...) mas a profissional e gerente, que deveria, por ser mulher hipotecar seu apoio, foi a primeira a refutar a idéia alegando que é responsabilidade de fulano ou cicrano e não é nossa (municipal) Eu vejo que a responsabilidade é sempre nossa. (...) E se você for lá ver (o programa de saúde da mulher na sua cidade)vai ver que quem coordena esses programas são mulheres. E por isso eu não entendo a razão de tanta fragilidade. (Mano)

Sabiá descreve algumas ações necessárias no âmbito municipal, para que a atenção à saúde da mulher possa se aproximar de uma imagem mais completa:

Em cima disso, teríamos que ter primeiro um programa implantado, com prevenção e assistência curativa também, com assistência psicológica. (...) Nossa assistência, principalmente no interior é muito deficiente, não temos uma assistência específica à saúde da mulher, então ela é atendida como todos. Acho que (é necessário) o planejamento familiar na adolescência, nós temos muitas gestantes com idade abaixo de vinte anos ... e seria ideal fazer um programa específico para a mulher, que atenda estes tipos de problemas especificamente e com profissionais capacitados para isto.

Clara também pensa nas necessidades locais para aperfeiçoar a atenção à saúde da mulher:

Para o serviço de saúde ter mais qualidade precisa pensar menos na clínica, na parte curativa. E isso não está caracterizado apenas nos serviços de saúde da mulher. É geral! Precisa é centrar na questão da mudança de hábitos mesmo, de estar fortalecendo o grupo, esclarecendo ... é necessário embutir isto nesses programas ... estar abrindo mais a questão do lazer, da família ...isto se faz através de campanhas educativas, para esclarecer. Precisa levar mais para outra linha, né? Hoje se preocupam muito com a questão do corpo da mulher, na prevenção de doenças, pensando que saúde da mulher envolve só corpo, mas ... o que precisa mesmo é conscientização para mudança de hábitos.

Para Borboleta uma qualificação na atenção à mulher está fortemente relacionada com a questão da informação:

Bom, a primeira coisa que eu acho importante é a informação, né. É pela informação que eu acho que tem que começar: quando é criança, uma espécie de orientação, você está trabalhando junto com a mãe, mas a partir do momento que começa a se tornar adolescente, você tem que ir passando para essa menina as informações ... pra ela conhecer o seu corpo, o que são essas informações, o que vai acontecer, como é que se vai dar esse processo, a coisa dos sentimentos, das emoções e não só sobre o seu corpo mas sobre as coisas que estão à sua volta. Isto para que ela possa se tornar uma mulher adulta mais saudável. Porque assim, tendo informações, ela vai poder cuidar melhor do seu corpo. Então eu acho que um dos aspectos fundamentais e primeiro é a informação”.

E complementa:

(...) em geral, a gente observa que os serviços são muito voltados pra atenção à gravidez e ao parto. No máximo tem essa coisa do preventivo do câncer, que é uma coisa já bem divulgada e que tem acesso grande. Mas mesmo se tratando do preventivo do câncer, você percebe que, por conta muitas vezes de um fator de inibição, de vergonha e de privacidade, algumas mulheres têm dificuldades ... frente ao serviço e que a gente não trata com devido cuidado. Muitas vezes, a mulher vem pra fazer um exame, você não orienta sobre o seu corpo, sobre a anatomia, como é que vai ser colhido aquele exame, pra que serve, o que o resultado vai mostrar e porque ela tem que fazer aquilo sempre... Então ela vem e algumas vezes é desconfortável, ela está nervosa e isso às vezes acaba se tornando um pouco doloroso, ela vai embora e demora anos pra voltar. Então, acho que teria que ter também esse tipo de acolhimento, com essa informação do porque é importante ela fazer isso, porque é importante ela fazer o auto-exame de mama, o que ela pode fazer pra ter acesso. E assim durante toda a vida. Você pega, por exemplo, essa questão da sexualidade: os serviços de saúde não têm uma orientação, não tratam isso de forma adequada, no máximo você pergunta quando iniciou tua atividade sexual, se dói, não dói e pronto. E manda a mulher ir embora, você não trata disso e muitas vezes existe insatisfação nessa área. E na parte do climatério, então, você pega essa parte da orientação de alimentação, de cuidados, do que você tem que fazer? Não! Você só medicaliza, “agora tem essa terapia”, então você trata, dá reposição hormonal. (...) Eu não sei como é que isto está, no conjunto dos serviços de saúde, mas em geral, né, você percebe que é muito focalizado mesmo, mais pra essa atenção à gravidez e ao parto. E essas outras áreas ficam descobertas.

Para Beija-Flor, uma atenção à saúde da mulher melhorada corresponde à solução de questões mais gerais e ressalta a necessidade de estabelecer a intersetorialidade:

Pra começar, oferecendo condições dignas das pessoas viverem, morar, o lugar onde elas estão: o saneamento básico, a água tratada, né, enfim, as condições de trabalho. Se esta mulher resolve ser uma profissional, dever ter um lugar para deixar seus filhos, e isto aí já envolve uma parceria com outras instituições, que é necessária para essa coisa poder funcionar. Os serviços de saúde, sozinhos não vão poder realizar isto. A saúde para poder ser uma saúde digna, depende de parcerias. Porque no momento que você precisa do saneamento básico, que precisa eliminar os valões de onde proliferam doenças, você precisa de outra instituição, outra instância de governo, até.

Coruja, ao refletir sobre as possibilidades dos serviços de saúde virem a materializar, através de suas ações, uma atenção mais completa à saúde da mulher, guardando as especificidades sobre as quais comentou anteriormente, observa também a necessidade da ação multiprofissional e intersetorial:

(...) Primeiro, o serviço de saúde é a resultante de uma política pública de saúde. É uma política de saúde implementada pelos diferentes governos dentro do país. Portanto, ele varia também de acordo com a ideologia, com a posição política dos governantes. É transitório. Segundo, dentro do conceito ampliado de saúde(...) a primeira determinante é a questão da infra-estrutura da sociedade, a divisão de classes. Quando a pessoa já é mais vulnerável às agressões do meio, na medida que ela é mais excluída dentro da pirâmide social, é também mais dependente dos serviços. Portanto (...), o serviço de saúde funciona apenas como um dos direitos humanos que a pessoa tem e que o governo precisa suprir mediante políticas públicas adequadas. Ele vai cumprir uma parte dessas carências, que é o atendimento físico, psicológico e até social e emocional. Mas para isto é preciso melhorar esse serviço, torná-lo muito mais adequado, na medida em se raciocina com a noção da multidisciplinaridade no serviço de saúde... o de intersetorialidade ou de transdisciplinaridade..... Enfim, tu não atendes saúde só no físico, tu não tens só a atenção médica.

E complementa seu raciocínio, considerando avanços que podem ser obtidos nos serviços de saúde para uma melhor atenção à mulher:

Bom, para evoluir na área de saúde da mulher, a primeira coisa que têm que ter, é serviço de saúde da mulher, que não tem. A oferta dos serviços, o acesso aos serviços. As mulheres não têm em quantidade suficiente e muito menos em qualidade, os serviços necessários à sua saúde. E quando têm... há necessidade que esses serviços sejam melhor organizados, com melhores condições da prestação do serviço e do tipo de atendimento. Também é necessário que haja pessoal, recursos humanos qualificados e trabalhados, para que durante a atenção à saúde, durante o ato digamos da consulta, da entrevista, do atendimento, o profissional não seja um profissional que seja cheio de preconceitos, que discrimine mulher, que menospreze. Muitas vezes este preconceito se soma: por ser mulher, por ser pobre e por ser pouco informada. Isto é usual nos serviços de saúde. Então, esse conjunto de coisas, muitas vezes faz com que a usuária do serviço seja tratada não como uma pessoa diferente, mas como uma pessoa inferior, pelo próprio profissional. Ai existe aquela relação de dominação, de menosprezo, de autoritarismo do profissional de saúde com o usuário de serviço. Quando ele é homem e pobre, há um tipo de discriminação, mas se ele é mulher a coisa ainda se acentua. E principalmente existe menosprezo para a maior parte das queixas populares da usuária.

Nísia Floresta também aborda esta questão do preconceito nas equipes de saúde, como um ponto fundamental a ser eliminado:

Veja você, quando o doente é chamado de “paciente”, a palavra já diz tudo, você tem que estar submisso a uma forma de poder exercida por pessoas que têm uma noção negativa...quer dizer você está doente, você não sabe da sua doença, você não sabe do prognóstico e tem que ficar nas mãos Para que o serviços ficassem melhores, tem que haver mudança dos recursos humanos - eu não gosto muito desta palavra porque acho que humano não é recurso - quer dizer, a formação daqueles que prestam serviços e também daqueles que os recebem. Porque enquanto essas pessoas que trabalham nisso tiverem esta onipotência, não tem nada que recupere os serviços de saúde. Você quer uma coisa pior do que uma mulher, depois de sair de uma mesa ginecológica? Eu pelo menos dizia para um amigo meu: por favor, pense em outro desenho onde eu não fique pensando que sou uma galinha assada Você não precisa disso pra ter um filho! É cômodo para a equipe de saúde, mas depois de ficar ali, arreganhada, você nunca mais recupera seu amor próprio. Aquilo é poderio machista: “Agora você está nas minhas mãos!”. Então, eu acho que tudo isto tem que ser repensado: como é que a medicina atrai para seus quadros pessoas com necessidade de onipotência muito grande, às vezes com problemas pessoais muito graves (...). e acho na área da saúde tem muita gente que tem a concepção de trabalhar para não se sentir tão mísero, porque pode crer que tem alguém pior do que ele. Então, tem que mudar isto.

E conclui, esclarecendo a impotência dos serviços de saúde e de seus profissionais:

Em suma, eu acho justo, bom, necessário que se cuide da saúde das pessoas, tal como se faz no Sistema Único de Saúde. Logicamente falando, saúde é necessária, mas não é suficiente. Não falo em tese: sei, por experiência própria e por acompanhar a experiência de outras pessoas – no plano pessoal e no plano profissional – que a saúde é um bem preciosíssimo, mas não garante felicidade. Vou mais longe: não é necessário e nem suficiente estar feliz. você pode estar na mais profunda infelicidade pessoal e ainda assim saber que a vida é boa ... e bonita (como diz nosso músico poeta: é bonita, é bonita e é bonita!). Bom, (o ideal) seria que os profissionais de saúde e os de educação fossem capazes de veicular, ao prestar os serviços de saúde, um sentido de vida. Mas isso não se dá, de modo geral. Cada um tem de procurar, por si, suas razões de viver.

A seguir, no Quadro IV, apresentamos uma síntese das sugestões apresentadas pelos conselheiros, no sentido de se obter uma atenção à saúde da mulher mais qualificada, tendo por norte o princípio da integralidade.

Quadro IV – Sugestões dos conselheiros entrevistados para direcionar a atenção à saúde da mulher à noção de integralidade

Área de Intervenção/ações identificadas	Características descritas pelos conselheiros como necessárias
Políticas de saúde para mulher	Há dependência das políticas públicas; Programação mais completa e feita/executada por mulheres; Atenção mais global; Menos focalização na gestação, parto e puerpério;
Abordagem clínica mais ampla, com maior tempo de atenção individual e mais humanizada	Acolhimento na clínica; Cuidados preventivos com saúde; Cuidados com alimentação; Orientação sobre sexualidade
Consideração à faixas etárias femininas	Atenção ao climatério Atenção às idosas Atenção às adolescentes
Capacitação/qualificação dos recursos humanos	Pessoal capacitado para a atenção à mulher; Recursos humanos bem informados; Superação de preconceitos dos RH para haver menos discriminação das mulheres; Melhor relação profissional de saúde/usuária dos serviços; Mudança de postura dos RH Menos relação de dominação da “paciente” Superar prepotência/onipotência profissional.
Sensibilização de mulheres trabalhadoras e gerentes de saúde	Ampliação da consciência da mulher profissional e da gerente de saúde
Disponibilização de tecnologias necessárias	Exame Ultrassom no pré-natal
Educação para saúde	Mais investimento na prevenção/educação Pensar na mudança de hábitos para mulheres; Campanhas educativas Divulgação de informações de interesse da mulher, de acordo com a faixa etária;
Aumento das condições de acesso aos serviços de saúde da mulher	Mais serviços de atenção à saúde da mulher; Mais horários disponíveis (dos profissionais); Mais organização dos serviços especializados; Mais acesso aos outros níveis de complexidade;
Estratégias de acolhimento nas unidades	Mais atenção na recepção e nos encaminhamentos; Solução de problemas com resolutividade.
Aperfeiçoamento de vigilância da saúde	Acompanhamento domiciliar e registro de informações;
Promoção da multidisciplinaridade na atenção	Trabalho com a noção da multidisciplinaridade no serviço de saúde.
Promoção da intersetorialidade	Trabalhar com intersetorialidade para superar a clínica; Questões sobre condições de habitação e saneamento; Trabalho Local para deixar os filhos (creches); Parcerias com outras instituições;

5.5. Perspectivas de potencialização do controle social⁸

Para que um conselho de saúde possa exercer seu papel de modo mais fortalecido, contribuindo para a concretização dos princípios e a implementação de ações mais qualificadas, Gabi imagina que é preciso conhecer a situação dos serviços, as leis e os objetivos do SUS:

O mínimo que os conselhos devem fazer, é verificar quais ações estão sendo desenvolvidas nos seus municípios, incluindo os serviços de saúde da mulher, e observar o que estaria faltando para corresponder às necessidades das pessoas, às leis e aos objetivos do Sistema Único de Saúde.

Sabiá remeteu-se à prática do conselho do qual participa, sugerindo estratégia de articulação entre os conselhos e usuários dos serviços para fortalecimento dos conselhos:

Cada um traz de sua comunidade os problemas existentes. Depois, como são realizadas reuniões em cada comunidade, com a presença de um conselheiro, aproxima-se o serviço de saúde ao usuário.

Gaiivota pensa que a ação do conselheiro em conhecer e fazer cumprir a Lei é que levará os conselhos ao cumprimento de seu papel:

Acho que ... quem é conselheiro, quem se propõe a ser conselheiro, deve no mínimo ler e conhecer a legislação. Se tiver a oportunidade de participar de treinamentos, deve agarrar com as duas mãos. Isto porque conselheiro só para ter nome não traz benefício pra ninguém, nem pra ele próprio, porque com o tempo ele vai se frustrar. Conhecendo, a gente tem condições de contribuir muito mais, seja apresentando sugestões, seja cobrando o cumprimento da lei.

Beija-Flor acha que a atuação apropriada de um conselho, neste caso é uma atitude de fiscalização e de cobrança de posturas:

Cobrar os serviços e a realização das parcerias. Incentivar o gestor a buscar parcerias ... cobrando do gestor da saúde esta intersetorialidade, né? Em uma experiência recente, no nosso conselho, quando estávamos discutindo a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), detectamos uma determinada necessidade, e concluímos que não éramos nós que devíamos fazer a ação correspondente e sim cobrar do gestor, o que foi feito. (...) temos que definir quais são as nossas prioridades, nós estamos tratando de uma política de saúde, estamos tratando de dinheiro (...).

Mas Beija-Flor remete a um processo contínuo de aprendizado, este comportamento de seu conselho:

Nós temos alguma experiência, uma vivenciazinha boa, com uma boa orientação sobre direitos e deveres.

⁸ Originalmente, o subtítulo escolhido foi “Para o *empowermwnt* do controle social”, retirado por recomendação da Banca de Defesa, mas que é de preferência da autora, que entende que a tradução do termo *empowermwnt* para o português não expressa igual força e sentido que a expressão na língua inglesa.

Mala Preta acha que o conselho, os conselheiros já dispõem de certa autonomia, mas que para obtenção de *empowerment* nos conselhos, além da escolha mais criteriosa dos representantes, com pessoas vinculadas diretamente à base da entidade que representa, também

Devem ser oferecidas sistematicamente vagas para capacitação de conselheiros ... e para entidades ou órgãos que tenham interesse em participar do controle social. Quando uma entidade possui entre seus dirigentes ou associados alguém com conhecimento sobre certo assunto, existe um natural interesse em intervir naquele assunto. E quando aquela entidade obtivesse sua vaga (no conselho), teria alguém que não partisse do zero. (Hoje), quando o conselheiro começa a entender do assunto, encerra-se seu mandato e ele é substituído.

Quanto aos conhecimentos da área técnica, que os conselheiros necessitariam ter para lidar com os instrumentos de planejamento, controle e avaliação do SUS, Mala Preta imagina um modo de resolver:

Glossários de todo tipo, redação de textos com apoio de jornalistas, uma espécie de cartilha permanentemente atualizada e à disposição de todos. Mas este não é o problema. O conselho cumpriria muito bem o seu papel sem isso. Seguramente o problema não é este! Mas o problema da má comunicação com os setores técnicos, este sim, existe e é grave.

Mano acredita que o poder nos conselhos é do segmento dos usuários, mas existem entraves:

(...) Veja bem, por razões não tão lógicas ... as leis têm inúmeras nuances, tornando possíveis as múltiplas interpretações. (...) e em alguns momentos nos vemos, talvez, encampando ações que não combinam com os princípios nos quais acreditamos (...) certo ou errado, em todo momento da caminhada isto ocorreu e ocorrerá. O que não podemos, é parar esperando que se estabeleçam regras claras e bem consistentes. Devemos lutar para obter o desejado. (...) é incrível, mas acredito que o poder, nos conselhos está nas mãos do segmento dos usuários. Acontece que ainda não estamos estabelecidos como segmento, interesses das mais diversas ordens permeiam nosso meio, inclusive o próprio poder, em si, e isto prejudica a união e o fortalecimento do segmento, que é fragmentado e se torna presa fácil ...

E conclui que o processo de educação continuada envolvendo conselheiros pertencentes ao segmento dos usuários pode ser um caminho para o fortalecimento dos conselhos:

Creio que um processo de formação continuada e de implementação do apoio técnico, ambos sob tutela do Fórum Estadual de Conselheiros podem definir o fortalecimento do nosso segmento.

Clara, que acha que em seu conselho o desempenho do conselho está muito distante do que poderia ser, pensa que tudo poderia melhorar se houvesse planejamento e uso de informações:

No primeiro momento se fizesse um plano de ação, porque o conselho não tem claras suas diretrizes de atuação e sua função. Na minha cidade a primeira demanda é essa, fazer uma avaliação dos conceitos do SUS. Fazer levantamentos para determinar as necessidades e convocar os conselheiros para o debate. É preciso primeiro conhecer, para depois estar propondo. Também precisamos discutir mais o orçamento. Temos muito a crescer.

Refletindo à luz da sua própria concepção de integralidade em saúde e de sua experiência junto ao Controle Social, Borboleta também acha que para cumprir seu papel, um conselho de saúde deve estar acima de tudo conhecer o contexto onde está inserido:

Um conselho municipal de saúde precisa ter informações sobre as pessoas que vivem naquela cidade: quantas são, quantas são mulheres, quantas são homens, qual a faixa etária delas, do que estão morrendo mais. Há uma dificuldade de informação nos serviços de saúde, justamente sobre porque as pessoas procuram os serviços, do que estão adoecendo mais. Em geral você encontra dados de mortalidade, mas sobre doença não. Esses dados são importantes porque de posse destas informações os conselheiros podem ir pensando sobre os serviços que aquele município está oferecendo. De posse das informações dá para ir planejando e ir sugerindo ao gestor, junto com o gestor, ir pensando o que se pode oferecer ... para as mulheres ou ...para todos. Quando existe alguma dificuldade específica naquele município, pelo tamanho e pela estrutura, então dá para ir juntando alguns municípios pra organizar os serviços, a oferta, de acordo com a complexidade e com as necessidades. E outra coisa é estar sempre informando as pessoas sobre seus direitos, sobre os serviços, onde elas podem encontrar o que precisam. O conselheiro pode ajudar, sim, a melhorar.

E conclui:

Acho que os conselheiros estão aprendendo o que é este novo papel, de participar, fiscalizar. Vivemos numa sociedade que passou por várias ditaduras, com uma história de coronelismo, de clãs na política e tudo isso é muito novo. O que pode facilitar este processo é a informação, muita informação e publicização de suas ações por parte do Estado.

Coruja procura esclarecer, em um primeiro momento, o papel dos conselhos de saúde em suas várias instâncias:

Bom, o controle social tem o papel de representar a sociedade junto ao Estado, através dos seus diferentes segmentos que, organizados dentro de um fórum específico são mandatários de políticas de saúde, podem cobrar do Estado, nas três esferas do SUS: (Ministério e secretarias estaduais e municipais), as ações que são necessários para atender os problemas de saúde desses segmentos. Portanto, e esse é um papel de controle, de avaliação, de reivindicação de políticas e também de propostas de agendas, além de controlar a agenda mínima que cada esfera determina para o cumprimento do plano de saúde.

Depois, opina estabelecendo uma prioridade para o *empowerment* do Controle Social:

A primeira coisa que há necessidade, nos conselhos é de capacitação dos conselheiros. Eles precisam ampliar seu aprendizado de uma forma sistematizada sobre o que é o SUS, qual é o papel do Estado, das políticas públicas, que tipo de representação eles detêm naquela esfera da qual fazem parte e como isto funciona, porque é muito ambígua essa questão da representação. Não se têm muita clareza. As vezes ele é usuário, mas também poderia ser prestador ou poderia ser gestor. Enfim, em muitos casos, não se tem muita clareza a respeito do papel de cada um. Isso até melhorou bastante nos últimos anos, inclusive porque se tem trabalhado muito essa questão, de esclarecer qual é o segmento que o conselheiro representa e discutir o seu papel dentro do próprio conselho. As plenárias de conselheiros municipais de saúde têm trabalhado muito na capacitação de conselheiros neste sentido: no debate político e definição dos papéis. E é uma instância legal, porque mesmo não sendo tão institucional como os Conselhos, ela tem uma estrutura de plenária e é composta também nas instâncias subsequentes. Isso é bom!

E conclui que:

Outra coisa necessária, e aí não depende só do conselheiro, e que realmente vai garantir o controle social do país, é o aumento do nível de organização da sociedade brasileira. Aí é uma questão de formação política do país, de como os cidadãos vão se organizar, como eles vão definir o seu papel enquanto cidadãos e a sua relação com o Estado, que tipo de disputa terá dentro da arena do espaço do Estado, a distribuição dos orçamentos e dos recursos para a implementação das políticas públicas, que sejam do interesse dessa ou daquela categoria, então, isso tudo é uma questão de desenvolvimento e organização da sociedade. Quando isso for possível, aí sim, por intermédio de um partido político, de um sindicato, da associação de moradores, dos movimentos culturais, dos segmentos marginalizados, excluídos - os grupos de portadores de deficiências ou de patologias, dos movimentos negro e de etnias diversas, de orientação sexual, do movimento feminista – enfim, toda essa multiculturalidade existente no país tem que se manifestar!

E Nísia Floresta faz considerações sobre o que julga que há de melhor na área da saúde: a tarefa de democratização via Conselhos de Saúde:

(...) e por outro lado, a saúde tem essa coisa boa, da democracia, que tanto vem sendo um pré-requisito, como deve ser um produto dos serviços. Eu acho que ninguém pode entrar num ambulatório, num hospital e sair como entrou. Isto no sentido de saber seus direitos, deveres e responsabilidades. Também não gosto desse negócio de direitos quando não se fala de responsabilidades. Então, eu acho que o que é preciso para os serviços de saúde ficarem ótimos é isso que ele está se tornando, por conta do controle social: um foco de construção de relações democráticas. Eu acho que estamos neste caminho, nos serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são discutidos os dados obtidos através dos eixos temáticos principais e de suas respectivas categorias.

No primeiro eixo, *A organização dos conselhos de saúde*, discute-se os assuntos referentes ao ambiente dos conselhos, como a forma de composição e organização, a atuação dos conselheiros e o processo de relacionamento interno nestes órgãos além das motivações que levaram os entrevistados a se tornarem conselheiros de saúde.

O segundo eixo, *A expressão do princípio de integralidade em cenário neoliberal* refere-se à discussão do conceito de integralidade e sua relação com os demais princípios doutrinários do SUS, discutindo também as condições para sua materialização nas ações de saúde em geral e, especificamente nas ações voltadas à saúde da mulher.

E, no terceiro e último eixo temático *Perspectivas de potencialização do controle social* aborda-se as idéias e sugestões dos entrevistados quanto às expectativas em relação ao controle social.

6.1. A organização dos conselhos de saúde

Em relação à *paridade*, os conselheiros, independentemente da instância e do segmento ao qual pertencem, mostraram-se satisfeitos em relação à questão da paridade. Desta forma não manifestaram questões a serem discutidas em relação a ela. Segundo eles, a paridade é legal (Lei 8.142) e nota-se que geralmente estão se referindo somente aos 50% da composição do conselho destinados legalmente ao segmento de usuários em contraposição aos demais segmentos.

Os outros segmentos que compõem os 50% restantes são os profissionais de saúde (25%) e os prestadores de serviços de saúde (25%). Esta composição não está inscrita em lei e é normatizada pela Resolução CNS 33/92. A Resolução, por sua vez, não trata da distribuição interna dos outros segmentos complementares, mas subentendeu-se na prática que aos prestadores de serviços públicos (gestores) se destinavam 12,5% das vagas e aos prestadores de serviços privados os 12,5% restantes. Isto não tem representado um grande problema e os municípios têm se organizado como podem, muitas vezes considerando apenas a paridade maior: 50% para usuários e 50% para os demais.

Observamos que em municípios muito pequenos, onde não existem hospitais e laboratórios privados, o segmento dos prestadores de serviços muitas vezes passa a ser representado pelos prestadores de unidades de serviços públicos em sua totalidade.

O segmento do qual participam os prestadores de serviços privados ou filantrópicos - serviços contratados ou conveniados pelo SUS – vem, de fato, sendo ocupado em alguns municípios somente por representantes de unidades públicas de saúde (também denominadas unidades sanitárias, centros ou postos de saúde) todas pertencentes ao SUS. Isto ocorre pela ausência de seus legítimos representantes e, conseqüentemente há uma apropriação indevida de vagas pertencentes ao setor

privado por parte do segmento governamental. Neste caso, percebe-se a existência de dois problemas: a ausência do setor privado e a extrapolação das vagas dos gestores.

Também existem equívocos de interpretação, em casos onde há dificuldade de diferenciação entre prestadores públicos de serviços de saúde e governo, conforme relataram alguns entrevistados:

(...) a unidade pública é o seguinte: o hospital regional, teoricamente ele seria do SUS, só que para nós ele apresenta-se também como um prestador. (Mano)

A questão que se coloca neste caso é se o hospital regional ou qualquer outra unidade pública pode ser caracterizada como um prestador público ou pertence ao sub-segmento do governo.

O equívoco provém das recomendações da Resolução CNS nº 33/92, que não define o significado de prestador público de serviços e de governo. Conforme consta de documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2002, relatando a prática do controle social, as discussões que geraram as normas operacionais básicas conhecidas como NOB/ 93 e NOB/96, esclareceram definitivamente esses significados, quais sejam:

Prestadores de serviços: *podem ser os privados, principalmente os contratados e conveniados pelo governo municipal, estadual ou federal, e podem ser públicos, como os hospitais universitários e de ensino público, as autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outras, que são conveniadas pelos governos.*

Governo: *são os governos municipal (prefeitura), estadual e federal, representados no SUS pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. (...). Os governos (gestores) contratam e conveniam tanto os prestadores públicos como os privados (BRASIL, 2002a:38).*

O documento continua, buscando elucidar uma tendência que, além de não constituir realidade, na maioria dos municípios do país, pode causar ainda mais nebulosidade, pois não explicita em que casos, do ponto de vista administrativo, uma unidade de saúde pode tornar-se independente e portanto, contratável ou conveniável pelo governo.

A tendência hoje é da própria estrutura da Rede Básica de postos, centros e ambulatórios de saúde deixar de ser administrada diretamente pelo nível central das secretarias municipais (dos municípios médios e grandes), e evoluir para as várias formas de autonomia administrativa das unidades públicas. O âmbito do prestador público é a unidade pública de prestação de serviços, ambulatorial, laboratorial ou hospitalar, e o âmbito do gestor é o sistema, municipal, estadual, do DF ou nacional (BRASIL, 2002a:38).

A questão não está solucionada, pois deveria esclarecer melhor a vinculação administrativa, o grau de autonomia da unidade para poder caracterizar-se como independente do gestor. O que ocorre na realidade é que estas unidades passaram a ter chefias administrativas, mas hierarquicamente são subordinadas aos gestores centrais, o que difere da modalidade de contratação ou convênio.

A avaliação do CNS significa que, na prática, o segmento dos gestores (ou governo) poderá assumir 18,75% das vagas dos conselhos, restando aos prestadores privados os 6,25% restantes do total de 25% destinados ao governo e prestadores.

Ressaltamos que, em relação à paridade, o maior problema é a falta de clareza quanto às regras do jogo.

Quanto às questões de *legitimidade e representatividade*, é oportuno primeiramente verificar a distinção entre os termos. A legitimidade diz respeito à qualidade ou estado de legítimo, se insere no campo da legalidade, mas vem sendo empregada mais recentemente com a noção de aceitação do poder por uma pessoa ou grupo, quando este(s) age(m) devem agir em conformidade com os valores dos que lhe delegam o poder. Neste sentido é o termo vai se confundir com representatividade e deveria ser evitado, uma vez que esta sim é que está relacionada com a qualidade do representante, ou seja, a representatividade é que implica na representação apropriada de um indivíduo ou grupo, quando este se constitui no porta-voz real de seus interesses.

Estes aspectos foram abordados pelos conselheiros, apresentando-se como questão relevante no âmbito dos conselhos. A legitimidade de um conselheiro está definida como uma pré-condição pois, para que se torne conselheiro, ele necessita de indicação oficial de sua entidade, como seu representante. Posteriormente, sua indicação será homologada pelo chefe do executivo (o prefeito ou o secretário de saúde).

O ato formal pode ser um decreto, uma portaria ou uma resolução meramente declarativa, dado que se trata de reconhecer os nomes regularmente eleitos ou indicados. Não há veto, nem pode haver impugnação, a não ser quando fundados na observância das regras do jogo. Ainda assim, a autoridade que reconhecerá os membros eleitos ou indicados não poderá penetrar na intimidade de uma corporação ou entidade para fiscalizar os procedimentos de eleição ou escolha interna de determinado representante. As deliberações “interna corporis” são indevassáveis” (CARVALHO & SANTOS, 1992:255).

Já a representatividade, tem sido objeto de inquietação dos conselheiros. Às vezes, o problema da representatividade se caracteriza pela própria ausência dos representantes, como se observa pelo comentário de Beija-Flor, referindo-se à lacuna deixada pelo segmento dos prestadores de serviços privados:

Atualmente, a composição e a paridade estão dentro dos preceitos legais....quanto à representatividade, ainda deixa a desejar, principalmente no segmento de prestadores de serviços.

Outras vezes, a representatividade constitui problema quanto ao fato do segmento se sentir representado ou não, principalmente nas instâncias superiores dos conselhos, onde o nível de decisão é mais alto e as disputas por vagas são mais acirradas.

Um exemplo dessa situação é descrito por Coruja, quanto à composição no Conselho Nacional de Saúde. Seu depoimento deixa transparecer uma distorção corporativista existente dentro da composição do próprio órgão. Naquela instância, são comuns as entidades congregadas em razão da existência de muitas entidades que desejam se fazer representar: “... Se são muitas entidades para uma representação, por exemplo a FENTAS - Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde, que congrega várias federações das diferentes profissões de saúde, esse fórum escolhe seu representante, pois há uma única vaga. Já a Federação Nacional dos Médicos tem uma vaga (...)”.

Observa-se que uma entidade congrega todos os profissionais de saúde, com exceção de uma categoria, a dos médicos, que são representados através de uma entidade exclusiva.

Nos estudos para a substituição da Resolução CNS nº33/92, a categoria médica perdeu a vaga privativa. Entretanto, vem tentando reavê-la através da justiça, pois, quando questionada sobre a morosidade na homologação da nova resolução, Coruja explica que houve reação pela perda do privilégio:

A nova resolução, (CNS, 2002) ainda não foi homologada pelo governo atual, porque está “sub judice”, a categoria médica entrou com uma liminar para reaver a vaga que detinha em seu poder e que foi retirada, tornando a condição dos médicos igual à dos demais profissionais de saúde, que disputam todos uma única vaga na FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde).

Por outro lado, outras entidades, como as que representam o movimento de mulheres na área da saúde, avaliadas como representativas das lutas femininas por saúde, ainda não obtiveram uma vaga nominal. A representação das entidades de mulheres voltadas à saúde vem se dando, no decorrer dos últimos anos, através de uma vaga cedida pelo gestor, obtida mediante pressão contínua junto à presidência do conselho, que reconheceu a importância de sua legitimação no CNS.

A representação das entidades não está definida por instrumento normativo e causa alguns problemas, conforme reflete Mala Preta, referindo-se ao segmento dos usuários:

(...) o primeiro ponto seria melhorar a composição dos Conselhos...(...) Quanto à representatividade, existem entidades que não deveriam estar ali (...). Acho que as entidades que participam de um conselho deveriam ser mais representativas, mais fortes (...).

Outra polêmica se levanta, ainda no segmento de usuários, quando um profissional de saúde assume a vaga de uma entidade à qual pertence, de fato, mas causa dúvidas tanto quanto à legitimidade, quanto à ética da representação. A questão que se coloca é: um profissional de saúde poderia representar um usuário? Borboleta exemplifica a situação:

(...) me incomoda muito esta distorção de representação.... ter uma médica representando o segmento de usuários, para mim não pode acontecer! No Sindicato X , já tentaram fazer isto. Conseguiram uma vaga no conselho municipal como usuários, representante dos trabalhadores urbanos, e queriam que fosse indicado alguém do hospital, porque são trabalhadores da saúde. Tive que argumentar por que é que não deveria ser e o representante indicado foi de outro setor, verdadeiramente um usuário do SUS.

Essa situação é comum a todas as instâncias dos conselhos e uma simples análise da composição do CNS, esclarece o predomínio de vagas destinadas aos usuários e preenchidas por profissionais de saúde. Profissionais de saúde representam entidades de usuários, mas é possível visualizar a hegemonia dos profissionais médicos no CNS, onde neste momento representam: a Confederação Nacional dos Médicos, a representação da CUT (Central Única dos Trabalhadores), a Força Sindical, a CGT (Central Geral dos Trabalhadores), a Confederação Nacional da Indústria, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), o CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), o CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), a CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) e o Ministério do Trabalho entre outros.

Os nomes do sindicato e do hospital foram omitidos para preservar o anonimato do entrevistado.

A solicitação para que profissionais de saúde representem entidades ocorre em razão da valorização do conhecimento e interesse na área. A entidade julga estar bem representada ao apresentar alguém com conhecimento na área da saúde. A representação é legítima, mas o questionamento decorre de dúvidas sobre a garantia de que os interesses dos representados estejam sendo efetivamente canalizados.

Gaiivota opina positivamente, trazendo à tona a noção dos direitos universais e do princípio de universalidade: “... os profissionais de saúde podem representar usuários. É legal, são cidadãos!”

A questão, no entanto, não pode se esgotar no envolvimento do princípio de universalidade do SUS. Segundo o princípio, todos os indivíduos que possam estar representando segmentos/entidades em conselhos de saúde são potenciais usuários do SUS, integrando gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços privados e os próprios usuários. O fato torna o princípio da universalidade incompetente para nortear a solução do problema.

O problema da representatividade, assim colocado, só encontrará solução, mais uma vez, no âmbito do debate local, com a evolução do *status* democrático e pelo estabelecimento de regras claras através dos instrumentos normativos dos conselhos municipais. Uma lei municipal ou estadual pode, por exemplo, especificar em um artigo ou parágrafo, tal como encontramos em uma lei complementar (Pomerode, 2002), que visa a reformulação do seu conselho de saúde:

(...) Os representantes dos usuários devem ser pessoas não ligadas, direta ou indiretamente, aos demais segmentos.

Este simples parágrafo representa uma solução, pois um profissional de saúde encontra-se impedido de representar outro segmento, que não o seu próprio, através de entidades de categoria profissional, ou o segmento de prestadores de serviços, ou ainda o segmento dos gestores, desde que seja indicado. Uma norma que bem poderia ascender até o Conselho Nacional de Saúde.

Ainda no campo da representatividade, um problema levantado entre os entrevistados é sobre a representatividade dos usuários por parte dos clubes de serviços, como *Lions Club*, *Rotary Club* e similares. O fato é bastante comum em pequenos municípios.

A polêmica gira em torno do fato de que são quadros compostos pela classe média, parcela pouco representativa dos usuários do SUS, especialmente nos serviços da rede básica. Neste ponto, sim podemos apelar para o princípio da universalidade, pois a representação é legítima. O que amplia o problema, contudo, é a falta de conhecimento sobre o modo pelo qual estes clubes poderiam conhecer, debater e buscar soluções para os problemas encontrados no SUS. Em contraposição, pequenas cidades não contam com muitas entidades organizadas que possam representar os usuários, razão pela qual estes clubes que possuem entre seus objetivos a promoção de princípios da cidadania e o interesse pelo bem-estar social da comunidade passam a compor o segmento, em alguns casos até por convite do gestor, que necessita preencher as vagas para compor e instalar o conselho municipal de saúde.

Esse assunto foi discutido no Conselho Nacional de Saúde, a propósito de uma indicação aprovada na X Conferência Nacional de Saúde, que excluiu os clubes de serviços. A avaliação do CNS é de que houve equívoco por parte dos proponentes, pois generalizaram um problema localizado em

um município, agindo em conseqüência de forma autoritária com os demais municípios do país. E recomenda que:

as mobilizações e articulações da sociedade organizada em cada município devem definir, com o poder legislativo, dependendo da relevância e do tipo de atividades do clube de serviços. (BRASIL, 2002a:39).

Foi também abordado o fato de que, principalmente nas cidades de menor porte, participam do segmento de gestores pessoas dos quadros do governo, mas não vinculados à gestão do SUS. Quanto a isto, a definição de governo que consta da NOB 96 (op Cit) reafirma que governo ou gestores

(...) são os governos municipal (prefeitura), estadual e federal, representado no SUS pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

É interessante ressaltar que a abertura conferida aos órgãos locais para que elaborem seu próprio Regimento Interno, incluindo a composição dos conselhos (desde que preservada a paridade), está explicada pela diversidade de tamanho e de características dos municípios, visto que algumas secretarias de saúde sequer possuem quadros administrativos próprios. Daí a dificuldade para encontrar representantes dos gestores do SUS e a participação nem sempre motivada de outros setores governamentais.

Antes de encerrarmos nossa discussão sobre representatividade não podemos deixar de apontar, com pesar, a situação descrita por uma das conselheiras. Este depoimento representa a deformação do papel do controle social do SUS, um reflexo da fragilidade da organização social do país, submetido por décadas ao clientelismo político:

(...) o erro começa na pessoa que representa a entidade, a Rede Feminina (de Combate ao Câncer), pois quem participa como representante da Rede é um senhor, que é esposo da presidente. Então, como é que ele vai ter um envolvimento? Não é ele que tem o envolvimento diário com os problemas da Rede, não convive com as dificuldades... ele apenas foi escolhido pela presidente para representá-la, pois ela não quer ou não pode estar presente nas reuniões.(Clara)

Embora estejamos tratando de um caso local, sabemos que a legitimidade da representação nos conselhos, em geral, corresponderá sempre ao nível de organização das entidades que se fazem representar, podendo esta ser muito ou pouco representativa. É como Coruja conclui, a respeito da representatividade obtida no controle social do SUS:

Quanto à representatividade, esta é variável, dependendo da história de cada entidade, de seu nível de organização. Quando se trata de uma entidade forte, os seus representantes são mais preparados. A menor representatividade está por conta de organizações mais recentes e mais frágeis.

Mala Preta também imagina que o aperfeiçoamento da representatividade dos diversos segmentos nos Conselhos, está vinculado às práticas democráticas internas das entidades:

O ideal é que cada entidade, após a obtenção de vaga no Conselho, fizesse a escolha através de uma Assembléia de seus associados....para que o escolhido estivesse diretamente vinculado à base que vai representar.

De fato, como analisa o CNS, na construção de um Estado verdadeiramente democrático, este processo deve iniciar-se no seio da sociedade organizada, através das mobilizações e articulações das entidades em função de suas representatividades, legalidades e legitimidades. (BRASIL, 2002a).

É importante salientar que o documento normativo que virá a substituir a Resolução CNS nº 33/92 (ainda em vigor até o mês de agosto de 2003), fica impedido de alcançar solução para a maioria dos problemas discutidos acima, pois uma norma nacional não pode alcançar particularidades dos municípios pequenos. Deste modo, as pendências necessitam encontrar ambiente para discussão e orientação local, sendo formalizadas em leis e normas, tais como os regimentos internos de cada conselho.

E ainda, não devemos deixar de considerar os avanços obtidos nestes treze anos de experiência de controle social. Quanto aos conselhos de saúde, se comparados aos demais conselhos, cuja maioria persiste no modelo ultrapassado e insatisfatório, compartilhamos a opinião de Mano:

O conselho de saúde é diferente dos demais. Primeiro, pela própria paridade, que garante que 50% do conselho seja composto por usuários. Nos demais não havia paridade nenhuma. (...) eles tinham sempre a maioria. Nos dois conselhos que participei antes deste ... no de Assistência Social o único usuário era eu. Eu falava sozinho..... e no de emprego e renda, pior ainda, porque ali estavam reunidos todos os interesses que não eram da comunidade.

Alertamos, por fim, sobre a necessidade de orientação para organização/reformulação das normas locais referentes à composição dos conselhos e da realização de diagnósticos de situação que possam precisar mais a realidade.

Os depoimentos a respeito da *inserção dos conselheiros nos conselhos de saúde* revelam que a forma pela qual a maioria dos conselheiros ingressou no processo de controle social do SUS é variável, tendo sido possível observar mais de um fator de motivação ou nenhum, pois alguns encontram-se nos conselhos pelo fato de estarem em cargos de gestão do SUS.

Uma parcela dos conselheiros veio de outros conselhos (não relacionados diretamente com a área da saúde), e esclareceu que foi a partir de suas experiências anteriores que se sentiram impulsionados a se tornarem conselheiros de saúde. A experiência em outros conselhos parece ter sido relevante, quando se considera o desejo de ingressar nos conselhos de saúde.

Outro fator de motivação é a incorporação prévia dos atuais conselheiros em algum tipo de movimento social, conforme ocorreu com alguns deles. Grande parte dos conselheiros, se não esteve ou está envolvido em movimentos sociais, tem também algum modo de participação ativa na vida política, através de entidades sindicais ou partidos políticos.

Alguns participaram do movimento sanitário e do movimento de mulheres. Ser conselheira de saúde hoje parece ser natural e ato contínuo há anos de inserção no movimento sanitário para duas das conselheiras.

Todos os envolvidos ativamente com movimentos ou entidades pertencem ao segmento de usuários com exceção de um, que estava no segmento de profissionais de saúde.

Os representantes do segmento do governo e do segmento de prestadores de serviços privados/filantrópicos não mencionaram inserção prévia ou atual em movimentos sociais. Alguns vieram a ser conselheiros de saúde devido ao cargo de secretário de saúde que exerciam e uma conselheira por ter sido convidada pela gestora em razão de seu desempenho em outro conselho. Uma outra foi convidada pelo gestor para representar os prestadores de serviços contratados pelo SUS, mas afirma que teria reivindicado sua vaga se o convite não tivesse sido feito.

Os entrevistados pertencentes ao segmento dos usuários sempre foram convidados por sua entidade ou por pessoas da diretoria da entidade para representá-la, mas nenhum deles mencionou processo de escolha amplo, tal como assembleia de associados ou consulta às bases para eleição conforme Mala Preta referiu em comentário anterior.

Os representantes do governo são usualmente indicados pelo gestor e normalmente não são adotados critérios de interesse do representante no controle social e o fato de representarem ou não o gestor na defesa de seus interesses.

Entre os conselheiros entrevistados, nenhum deles manifestou desinteresse em desempenhar a função. Mesmo os que são conselheiros por convocação ou por extensão do cargo de gestor, todos demonstraram satisfação pessoal e interesse.

Outro ponto que emergiu nas conversas com os conselheiros foi *relações de poder*, relacionadas com o ambiente interno dos conselhos. As relações de poder foram ressaltadas por diversos conselheiros. Na esfera municipal, existem percepções variadas entre os conselheiros. Mano deixa muito clara a condição de conflito de interesses presente nos conselhos:

(...) um segmento muito importante também é o do profissional de saúde, embora ele ainda não tenha se identificado como tal e muitas vezes se coloca do outro lado, contra o usuário (...) e se ele é um profissional, mas tem um cargo comissionado no governo.... ele vai ficar do lado de lá...é obrigado a ficar do lado de lá.

Os depoimentos dos entrevistados referiram um linguajar muito próprio dos gestores, nem sempre compreensível para os representantes de outros segmentos. Houve um caso, especificamente, em que uma representante do segmento dos usuários mencionou utilizar a linguagem técnica, típica do segmento dos gestores. Esta entrevistada havia “migrado” do segmento governamental onde, após anos de interação, não só decodifica a linguagem como também a reproduz em favor do segmento no qual se encontra atualmente. Ela afirma:

Nesse aspecto me sinto privilegiada... o fato de ter atuado nos primórdios da implantação das leis 8080 e 8148/90, me facilita sobremaneira o trabalho de hoje, como representante dos usuários, principalmente nas discussões com os gestores...fica óbvio o cuidado que eles têm ao invocar as leis, porque sabem que eu também estou instrumentalizada. (Beija-Flor)

Gaiivota percebe a dificuldade dos conselheiros em geral quando se trata de decidir sobre questões específicas do setor saúde, técnicas ou políticas:

(...) a gente não está muito preparada pra receber esses assuntos, então, ... desde o gestor... eu confio muito no meu gestor, que conheço, tal, e acompanho, mas existem conselheiros que não têm uma visão tão clara das coisas, então as coisas são apresentadas e não são muito debatidas.

Conforme Wendhausen (1999), que analisou as relações de poder em um conselho municipal de saúde em Santa Catarina, há um predomínio do “discurso competente” por parte do segmento governamental, restringindo a participação do usuário, através de um processo de “silenciamento”:

*Considerando que o uso do discurso competente provocava um silêncio em torno da participação principalmente dos usuários, inclino-me a pensá-lo como um **silenciamento**. (...) Este tipo de **silenciamento**, que aconteceu inúmeras vezes no Conselho estudado, esteve relacionado, na maioria das vezes, ao uso do jargão médico ou técnico-administrativo (Wendhausen, 1999:9).*

A autora afirma que no conselho estudado, o segmento governamental utiliza-se da maior parte dos espaços de fala, estabelecendo “relações monológicas e assimétricas”, baseadas no saber/poder presente nas relações entre usuários e instituições médicas. A palavra é tomada, em grande parte, pelos presidentes do conselho nas gestões analisadas.

Wendhausen (op Cit.) relata as dificuldades do segmento de usuários:

(...) diante do técnico competente dificilmente uma pessoa comum sente-se à vontade para discordar ou colocar seu ponto de vista. Como lembra Chauí, a condição para o prestígio e para a eficácia da competência como discurso do conhecimento depende da afirmação tácita e da aceitação tácita, da incompetência dos homens enquanto sujeitos sociais e políticos. (...) E também porque as respostas que utilizam fortemente o jargão técnico, de modo que é o próprio discurso competente que coloca o outro no lugar do silêncio¹⁰.

A linguagem e o conhecimento favorecem a formulação de alianças internas, mas também rupturas, pois:

No primeiro momento, no conselho ... estávamos descobrindo o novo, aprendendo juntos e seguindo as leis ‘ao pé da letra’, sem tempo para disputas internas de poder. No conselho atual,(...), pelo fato de um gestor não estar cumprindo a lei há alguns anos, surgiram dois grupos distintos: um, formado por pessoas que participaram do primeiro momento (momento de construção), e que acumularam algum saber sobre o SUS e outro grupo, o de pessoas que se engajaram na luta pró-SUS nos últimos cinco anos, movidos pela necessidade de ter algum atendimento para si ou para parentes ou amigos (Beija-Flor).

As alianças entre grupos e/ou segmentos podem expressar maior ou menor circulação do poder, conforme relatam alguns conselheiros:

Nos primeiros anos de gestão, os representantes dos gestores muitas vezes se articulavam com os representantes das instituições privadas e do sindicato dos médicos, da associação de odontólogos.(...). Quando se tratava de cobrar honorários, a Associação de Hospitais cobrava atitudes dos gestores.

¹⁰ Wendhausen, A. Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde. Resumo de tese de doutoramento da autora apresentado à UFSC em 1999. Disponível em: www.igspot/paulo.denis/aguada. Acessado em 10/nov/2002.

Alguns representantes dos profissionais de saúde sempre se articularam com usuários e existiram muitos embates com os representantes dos gestores (Borboleta).

... Ele quer defender a classe dele, a gente sabe disso. (...) e mexe com outra coisa lá, a senhora X vai estrilar, porque ela representa a Igreja. Cada um cuida do seu interesse, isto não é errado, é até o papel de cada conselheiro, mas poderia ir se aprimorando para cuidar do interesse de toda a população (Mala Preta)

Os conflitos e alianças, entretanto, não estão presentes em todos os conselhos. No comentário de Gaivota, apresentado anteriormente, percebe-se que a falta de conhecimento é um fator inibidor da ação dos conselheiros. E Clara descreve uma situação de pouca ou nenhuma ação no conselho do qual participa. E ao final sugere que possa se tratar de uma postura de resistência:

O conselho, na minha cidade é apático. Ela (a secretária e presidente do CMS) esclarece a todo momento que podem trazer colocações, discussões, mas....(...) é mais cômodo ouvir e até aceitar o que a secretária coloca. A secretária procura motivar, de uma maneira ou de outra, mas eles acham que este é um trabalho da secretaria de saúde. (...) eles não têm interesse, ficam torcendo para não dar quórum...entraram num círculo vicioso de descontentamento...(Clara)

No Conselho Nacional de Saúde não há apatia e sim muito movimento. É o que esclarecem Coruja e Nísia Floresta, quando relatam a postura dos gestores e dos demais segmentos em cena, cada qual representando os interesses de seu grupo. Ambas expressam sua opinião referindo-se ao governo de Fernando Henrique Cardoso.

A política econômica do Governo tem como meta satisfazer os credores (da dívida externa), sem perceber que o povo brasileiro é o seu maior credor. Então, cada vez que você vê o dinheiro do sangue brasileiro ir para a dívida externa...(...) .isso é o que mais nos incomoda. O que ocupa o Conselho são as urgências institucionais (dos gestores). Uma lei que querem passar, a 4147, do saneamento e você tem que sair correndo... outra hora, no meio de uma epidemia ele tenta criar uma agência nova, só para criar novos empregos, mais barganhas de ordem político-partidária, aí você tem que gritar contra isso. ... (estamos) sempre trabalhando para conter as arbitrariedades; temos vitórias, como o caso do genéricos, mas mais importante do que o que se faz é o que não se permite que seja feito. (Nísia Floresta)

Quando, no governo anterior (FHC) se observou que o MS queria exercer o papel de legislador, houve muito confronto. Então a questão central é política, de definição ideológica, do entendimento que o governo, o executivo tem do que é controle social. Se entende e aceita que deve ser controlado, ou se entende aquele fórum como uma instância meramente fatorial, onde precisa passar para legalizar sua política. O exemplo mais claro é com relação aos resultados das Conferências, que são as vivas expressões dos segmentos com seus delegados, que trazem um conjunto de diretrizes políticas que são consolidados nos Relatórios das Conferências e que deveriam estar sendo considerados nos Planos de Saúde. No entanto isto dificilmente é levado em consideração. (Coruja)

Questionada sobre uma avaliação do governo atual (Lula), quanto à aceitação do controle social, como co-responsável pelo processo decisório, Coruja explica que é difícil fazer uma análise, pois tudo é muito recente, mas percebe que :

(...) com a designação de pessoas históricas na luta sanitária para exercer cargo de conselheiros representando o gestor (o MS), pode haver mais disposição em dialogar e negociar.

Para que haja uma certa estabilização nas políticas públicas, deve haver atração de grupos expressivos para o contexto destas políticas e o estabelecimento de acordos substantivos (RIBEIRO, 1997). Estes espaços de “atração” estão caracterizados pelos conselhos e pelos demais órgãos colegiados na área da saúde (CIB e CIT).

Na realidade, nas instâncias da base (municípios), é aonde se formulam menos políticas e acordos, e portanto, não atraem grupos tão “expressivos”. Na medida em que vai crescendo o poder de proposição destas políticas (e também o volume dos recursos financeiros) é que também se intensifica o poder de atração dos grupos expressivos. Estes estarão representados em maior número e dotados de maior poder de argumentação e conhecimento na medida em que se ascende as instâncias dos conselhos, ou seja, nos conselhos estaduais e no Conselho Nacional de Saúde. Por motivos óbvios, nestas instâncias é onde há também maior mobilização e conflitos de interesses mais frequentes e acirrados.

Nelson Rodrigues dos Santos, que esteve na presidência do Conselho Nacional de Saúde na última gestão, em seu discurso de despedida também se refere aos conflitos de interesses entre o CNS e o poder executivo, na esfera federal:

Por sua vez, os gestores, condicionados à cultura secular da gestão sem participação, rotulavam os conselhos de emperradores da gestão, quando não de corporativistas, basistas e partidários. Os conselhos, contudo consideravam os gestores autoritários e burocráticos, quando não clientelistas, fisiologistas e também partidários (Santos, 2003:4).

Alguns autores procuram avaliar esta relação de poder entre os segmentos nos conselhos municipais de pequenos municípios ou da periferia de grandes cidades, onde há predomínio de conselheiros usuários com menor acesso a informações e com baixo nível de educação formal.

Correia (2000), por exemplo, que estudou um conselho de município em Alagoas, avaliou as intervenções por segmento, de modo quantitativo e por três anos e encontrou uma proporção de 48% do total das falas para o gestor municipal de saúde em relação aos demais conselheiros. Isto se soma a mais 11% de intervenções feitas por outros representantes de gestores. Os demais segmentos responderam por 25% (trabalhadores de saúde) e 16% (usuários).

Labra & Figueiredo (2002)¹¹, contudo, em estudo realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, não confirmaram a idéia prevalente na literatura sobre a baixa capacidade dos conselheiros usuários influenciarem as decisões dos gestores. Os autores indicam que esta influência está em torno de 60% e que, mesmo que as relações com os gestores sejam tensas e que haja relutância em aceitar as decisões do conselho, o gestor as acata em uma proporção de 53%.

O fato é que, até recentemente (duas décadas aproximadamente), o modelo de gestão pública brasileira foi baseado na concentração do poder decisório. No processo restabelecimento dos direitos democráticos é que veio se organizando também a descentralização do poder decisório institucional e junto com ela uma nova noção de cidadania. Esta noção de cidadania ativa implica em que o

¹¹ Labra, M.E. & Figueiredo, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (3):537-547, 2002.

“o cidadão, além de ser alguém que exerce direitos, cumpre deveres ou goza de liberdades em relação ao Estado, é também titular, ainda que parcialmente, de uma função ou poder público. Isso significa que a antiga e persistente distinção entre a esfera do Estado e da sociedade civil esbate-se, perdendo a tradicional nitidez. Além disso, essa possibilidade de participação direta no exercício do poder político confirma a soberania popular como elemento essencial da democracia”. (BENEVIDES, apud JACOBI, 2000: 18).

Esta nova dimensão da cidadania, bem representada pelo advento do controle social do SUS, que introduz novos atores no processo decisório naturalmente irá provocar confrontos de valores cristalizados nos espaços institucionais. Os conselhos são, como se sabe, espaços de conflitos não só porque significam espaços de negociação, mas também porque significam a ruptura do poder centrado no espaço executivo. No embate democrático, onde cada cabeça vale um voto, a utilização de outros instrumentos de poder está em aberto. O conhecimento técnico, o conhecimento legal e a argumentação representam armas para o confronto.

Uma outra questão a discutir, a partir dos resultados obtidos é a atuação dos conselheiros. Na percepção dos entrevistados, o desempenho do papel do conselheiro está diretamente associado, por um lado, ao nível de conhecimento que este detém, e por outro ao nível de motivação que possui. As respostas foram, na maioria das vezes, relacionadas com o desempenho do segmento ao qual ele pertence, aos seus pares, e dificilmente se referem ao conjunto do grupo, considerando gestores, usuários e demais segmentos.

É importante trazer suas reflexões de volta, para avaliarmos sua visão sobre este ponto. Parte dos conselheiros considera que o desempenho dos colegas é bom quando estes se mostram combativos, alertas e demonstram capacidade de se articularem e formarem alianças para obter êxito:

... a gente senta e busca o máximo. No momento conseguimos um avanço muito grande, depois de toda essa discussão[referindo-se às questões relacionadas com recursos financeiros]. Até um determinado tempo, a contrapartida não era toda transferida para o Fundo Municipal de Saúde, embora a lei determine que vá. Em função dos embates que o fato causou, consensamos que a partir de 2003 os recursos vão todos para o fundo. É um avanço! (...) Nós temos tentado mudar a realidade.... ...eles [os conselheiros] se esforçam, acredito (Mano).

Nestes cinco anos de participação, a impressão, considerando o conjunto do CNS, é de que o desempenho dos conselheiros é muito bom. Os conselheiros de cada segmento, em geral são muito qualificados e o nível de discussão no CNS é excelente. Existem boas argumentações, utilização de conceitos, há um bom nível de informação, o que resulta na formulação de propostas e deliberações de qualidade. Entretanto, nos últimos governos, a grande parte das deliberações do CNS têm sido ignoradas. Quando são feitas grandes movimentações para mudar a disposição do governo para aceitá-las, isto muda. O caso das Agências de Saúde Suplementar, no governo anterior é um bom exemplo: era um golpe que o governo ia dar; então os conselheiros articularam-se com o Congresso e transformamos o assunto em uma imensa audiência pública, com um enorme seminário sobre Agência Suplementar de Saúde, envolvendo o Ministério Público. Obtivemos alterações importantes na lei que criou a Agência. Caso contrário ela teria sido devastadora para o SUS. Então é necessário haver articulação e pressão política em diferentes instâncias da sociedade (Coruja).

Outros conselheiros refletem sobre o papel do conselheiros a partir de suas atribuições gerais e reconhecem um longo e árduo caminho a ser vencido:

Acho que os conselheiros estão aprendendo este novo papel de participar, fiscalizar. Vivemos numa sociedade que passou por várias ditaduras, com uma história de coronelismo, de clãs de políticos, que tudo isso é muito novo. O que pode facilitar este processo é informação, muita informação, publicização.(Borboleta).

(...) .no Brasil, o movimento da reforma sanitária e o movimento do controle social, esses dois movimentos – não é exatamente o mesmo – um vem duma visão profissional e outro vem de uma visão de alguns que não são passivos.... Pois nós, que somos uns impacientes da saúde, queremos mais e melhor para o povo brasileiro. Então juntando esses dois lados [nos conselhos], eu acho que a gente está avançando (Nísia Floresta).

Aqueles que provêm de municípios pequenos também pensam que muito há por fazer quanto ao desempenho dos conselheiros:

Não estão preparados para avaliar assuntos como a programação sanitária. Falta visão clara da coisas. O que é apresentado pelo gestor não é muito debatido.(Gaivota)

O máximo que se dispõem é ir à reunião uma vez por mês e discutir o orçamento. Falta conhecimento, clareza do papel do conselheiro, falta principalmente vontade. (Clara)

E Mala Preta percebe os conselheiros que se encontram no conselho estadual como mais qualificados a cumprir seu papel do que os do conselho municipal:

*No conselho estadual me parece que a maioria dos conselheiros é extremamente apta a desempenhar seu papel. É uma coisa que me impressionou, todo mundo sabe o que está falando. (...)
No conselho municipal... o conselho está com problemas. Temos um regimento interno horrível, antigo, não funciona e um executivo que estava acostumado com um conselho que não cumpria o seu papel. Nós temos conselheiros ruins, nós temos entidades que não deveriam estar ali, um monte de problemas.*

Rememorando a fala de Beija-Flor, quando se expressa a respeito de dois grupos nitidamente separados pelo poder do conhecimento acumulado, vemos que ela emite também um parecer sobre o desempenho dos conselheiros, pois está implícito que, para ela, apenas o grupo engajado na luta pelo SUS está cumprindo seu papel e que há uma outra parcela que se faz presente apenas para obter vantagens. Na seqüência da fala ela afirma que:

Tanto um [grupo] como o outro, até dois anos atrás, não saberia resumir qual o fazer essencial dos Conselhos de Saúde.(...) com a implementação do projeto de capacitação há dois anos, (o conselho) já está cumprindo o seu papel, apesar das dificuldades dos seus membros, como a alegada falta de tempo para uma dedicação maior.

O que é possível avaliar é que, com todos os entraves que permearam os espaços de controle social do SUS nestes doze anos de atividade, muito especialmente no espaço dos conselhos de saúde, houve avanço significativo. Mais do que isso: parece haver, no contexto interno dos conselhos, uma percepção clara sobre os pontos nebulosos e sobre a necessidade de clarear as regras do jogo.

Os relatórios de conferências de saúde, das plenárias de conselheiros, as avaliações do Conselho Nacional de Saúde e diversos estudos e pesquisas, apontam os fatores mais relevantes para o ainda tímido desempenho dos conselhos de saúde, e que apresentamos no quadro III. Estes fatores foram também reafirmados pelo presente estudo.

Embora não tenha sido declarado diretamente pelos entrevistados, devemos apontar ainda que a clareza sobre as atribuições dos conselheiros é um fator relevante na orientação de suas atribuições e no aprimoramento do controle social através dos conselhos de saúde. A falta de clareza transparece nas falas acima, principalmente na de Beija-Flor e de Mala Preta.

O fato é amplamente conhecido e discutido em eventos de capacitação de conselheiros e remete-se à falta no apoio legal ou normativo que indique com maior precisão as ações e os temas que devem ser abordados nos conselhos.

Mais recentemente, após as NOBs é que surgiram instrumentos de controle e avaliação do SUS, tais como o Relatório de Gestão, a Agenda Anual de Saúde, a Programação Pactuada de Indicadores, além dos já conhecidos Plano Quadrienal de Saúde e instrumentos de controle financeiro. Estes documentos, de aprovação obrigatória nos conselhos de saúde, passaram a elucidar o campo de atuação dos conselheiros, para além da fiscalização de recursos, mas são instrumentos técnicos complexos e na maioria das vezes são aprovados sem compreensão do que traduzem.

As atribuições dos conselheiros também constituem tema da Resolução CNS a homologar em substituição da Resolução CNS 33/92. A minuta deste documento apresenta uma listagem muito esclarecedora quanto ao alcance destas atribuições e que pode ser observada no capítulo de revisão bibliográfica deste estudo, item 2.2. intitulado *Os conselhos de saúde*.

Analisando os depoimentos dos entrevistados frente ao Quadro III, nota-se que o nó crítico quanto ao desempenho dos conselheiros está centrado em um fator preponderante: o conhecimento. A falta de habilidades para tratar de igual para igual as questões técnicas, codificadas através de um linguajar hermético e de instrumentos complexos necessita ser superada para conferir aos conselheiros possibilidades de desempenhar o papel que a lei lhes atribuiu.

Alguns dos diagnósticos mais divulgados na área do controle social do SUS, apontam a falta de acesso às informações, da pouca compreensão das mesmas e da necessidade de capacitação/educação continuada como fatores que, uma vez revertidos poderiam impulsionar e “empoderar” os conselhos.

Acreditamos que, de fato, o conhecimento, a informação a articulação permanente entre os pares sejam elementos de motivação e de qualificação para o *empowerment* dos conselhos e dos conselheiros, aproximando-os mais do perfil esperado. Então, trata-se de organizar métodos e instrumentos para que esta ferramenta de poder – o conhecimento – possa penetrar todas as instâncias do controle social, alcançando todos os municípios do Brasil.

Outras questões relacionadas no Quadro III e que observamos nos depoimentos dos entrevistados, estão bastante associadas ao estágio de maturidade democrática brasileiro e a expectativa de solução não parte de leis, normas e encontrarão pouco respaldo no processo de capacitação.

Estas questões, como a hegemonia do segmento governamental, a falta de articulação dos conselheiros com suas próprias bases e a manutenção de posturas clientelistas só poderão ser resolvidas na medida em que os atores sociais da reforma sanitária, hoje no papel de conselheiros em conjunto com novos atores e com a sociedade brasileira passem a desenvolver posturas mais voltadas à cidadania ativa. Isto se faz na base e não no ápice.

Entretanto, não podemos deixar de lembrar a expressiva conquista obtida pelos movimentos sociais, forjada no período em que se concebeu e cunhou a Reforma Sanitária. Resta saber preservar e desenvolver estes fóruns de debate e de pactuação. Como comenta Nísia Floresta, referindo-se à preciosidade do controle social do SUS e de suas origens, para o processo democrático no país:

Talvez porque em outros lugares não exista a necessidade de que seja pela saúde, porque eles - uma Inglaterra e os próprios Estados Unidos, têm ... relações democráticas bem mais fortalecidas que as nossas..... então, não estou achando que deveria ser assim em qualquer lugar, mas no Brasil eu acho que a maior labuta na construção da democracia é o serviço de saúde, com base nesses dois movimentos. (Nisia Floresta)

Quadro V - Principais fatores apontados em estudos, pesquisas e relatórios referentes ao controle social da saúde e que atuam negativamente no desempenho dos conselheiros

Fatores	Fontes
1. Falta de capacitação, de processos de educação continuada de assessoria permanente para conselheiros;	Brasil, 2002c; Dal Poz & Pinheiro, 1997; Brasil, 1999; Correia, 2000; Patricio et al, 2001 Castilhos et al. 2002
2. Hegemonia do segmento governamental que detém/retém os saberes/ linguagem técnica não acessível ao segmento de usuários;	Wendhausen, 1999; Dal Poz & Pinheiro, 1997; Correia, 2000; Patricio et al, 2001;
3. Falta de domínio das tecnologias de acesso e falta de compreensão dos métodos de análise e interpretação de informações de saúde e dos instrumentos de prestação de contas ao SUS;	Brasil, 2002c; Labra e Figueiredo, 2002 Castilhos et al., 2002 Correia, 2000;
4. Dificuldade de acesso às informações/ postura passiva dos conselheiros quanto ao acesso às informações;	Brasil, 2002c; Dal Poz & Pinheiro, 1997; Labra e Figueiredo, 2002 Castilhos et al., 2002
5. Ausência ou obstrução do diálogo/ postura predominantemente reativa nos segmentos de usuários e profissionais de saúde;	Santos, 2003; Wendhausen, 1999; Patricio et al, 2001
6. Falta de embasamento legal / escassez de apoio normativo;	Brasil, 2003 ^a ; Correia, 2000;
7. Manutenção de posturas clientelistas por parte do segmento dos gestores;	Labra e Figueiredo, 2002 Patricio et al., 2001
8. Falta de articulação dos conselheiros com suas bases;	Dal Poz & Pinheiro, 1997
9. Ausência de infra-estrutura para execução de suas tarefas;	Brasil, 2002c
10. Falta de visibilidade dos conselhos.	Brasil, 2003a;

6.2. A expressão dos princípios do SUS nos conselhos de saúde

Integralidade, equidade e universalidade para todos

Parte dos conselheiros entrevistados, provenientes dos conselhos municipais, pareciam desconhecer o princípio da integralidade até o momento da entrevista, pois responderam evasivamente. Estes conselheiros encontravam-se tanto no segmento de usuários como no de gestores.

Todos os entrevistados vinculados às instâncias estadual e nacional conheciam o princípio de integralidade, e também mencionaram os outros dois princípios que compõem o tripé doutrinário do SUS, associando-os. As entrevistadas do Conselho Nacional de Saúde demonstraram fazer uso dos princípios como referência conceitual, como apoio legal e ético, no desempenho de suas atribuições:

Sim! Sempre precisamos lidar com as Leis e os Princípios. Mas (...). Você tem que juntar os princípios, quer dizer, para chegar à Integralidade você tem que pensar a Universalidade, ou seja, a Integralidade para todos e com equânimidade, não é isso? (Nísia Floresta)

Eu tive contato, claro, desde o estudo das Leis, depois utilizei muito esse conceito, aliás esse Princípio, em discussões no Conselho Nacional de Saúde, até como argumento para defender determinadas posições e (...) para questionar, por exemplo o PSF (Programa de Saúde da Família), pois ele quebra o Princípio da Integralidade. Também para questionar a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde), principalmente o G-PABA, por concentrar as ações nas ações básicas de saúde e que também quebra o conceito de Integralidade. E muito se tem usado o conceito de Integralidade na defesa do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) (...). Utilizo ainda para dar aulas e para refletir, enfim, tenho utilizado bastante este princípio. (Coruja).

No segmento dos usuários, os princípios também foram mencionados em bloco:

Já! Na terceira Conferência Anual começamos a discutir isso, não só a Integralidade, mas a Universalidade, a Equidade, todos aqueles princípios básicos. (Beija-Flor)

Nos conselhos municipais, de acordo com Mano, o princípio pode ser utilizado como base legal de argumentação para encaminhamento de demandas:

Sim! Tive o contato através da Lei, né, mas através de um pleito que nós fizemos no Conselho (...) algumas demandas, envolvendo medicamentos e alguns exames de média e alta complexidade. Aquele negócio que se joga sempre um para o outro e vai jogando, né? Então, discutimos isso e na época a gente chegou até a adiantar uma ação, ou pelo menos uma reclamatória no Ministério Público. E para isso nos embasamos exatamente neste conceito.

Quanto à necessidade de interação dos princípios, Coruja e Nísia Floresta explicam que quando um não se concretiza os outros ficam comprometidos:

Eu acho que os três princípios, Universalidade, Integralidade e Equidade são princípios que não se pode aplicar isoladamente. Eles fazem parte do modelo do SUS, são a própria essência (...). Quando

não se cumpre um deles, se prejudica o outro, não é? Eles são permeados por ações que complementam umas às outras.

Mas se a gente pega um princípio só, por exemplo, o da Integralidade e pensa: bom, agora vamos aplicá-lo nos serviços de saúde, não vamos chegar a lugar nenhum. Você tem que juntar os princípios, quer dizer, para chegar à Integralidade você tem que pensar a Universalidade, ou seja, a Integralidade para todos e com equanimidade, não é isso?

De onde vêm essas noções? Poderíamos obter integralidade sem universalidade? É novamente Coruja quem responde:

(...) pode ter integralidade, por exemplo, nas classes sociais dominantes. Tu podes ter um atendimento absolutamente integral, se tu compras um plano de saúde altamente amplo, específico, completo, mas aí não acontece universalidade, e nem equidade. Esta integralidade vai existir para aquela classe social, para aquela pessoa. Se a pessoa tem dinheiro e pode comprar um serviço, tudo que precisar, desde a alta complexidade até o mais simples, vai haver uma integralidade da ação no teu corpo, na tua pessoa, na tua classe, com o teu dinheiro.

Beija-Flor também concorda com a idéia de que integralidade é um benefício que se pode adquirir, se dispuser de recursos, pois em outro momento ela afirma que integralidade não é exequível através do SUS, só se você tiver dinheiro e comprá-la através dos serviços privados.

Mas não é disso que estamos falando. Isto não é aceitável eticamente! Não é assim que foi pensado pelos atores sociais do movimento sanitário. Não é assim que o movimento de mulheres imaginou quando, em sintonia com o movimento sanitário ajudou a planejar e a implantar o PAISM.

A compreensão dos fundamentos que nortearam o movimento sanitário nos remete aos conceitos democráticos dos direitos humanos universais.

A Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993) reafirma o compromisso solene de todos os Estados na promoção do respeito universal e na observância e proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de todos. No parágrafo primeiro, enfatiza que a “natureza universal desses direitos e liberdades não admite dúvidas”.

(...) todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase(apud Freemann, 2003).

Em que universalidade caberiam restrições? Direitos humanos são universais e a idéia está vinculada a noções de justiça. A justiça implica em equidade, na acepção mais recente do termo, que é a de lançar mão de instrumentos capazes de resolver as desigualdades ou iniquidades.

No nosso caso, aplicando o conceito à saúde, é necessário observar a distinção, lembrada por Travassos (Apud Giovanella et al, 1995/96) entre equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde. Para a autora, equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde, que são socialmente determinadas e “aponta para os resultados, ou seja, tem por objetivo alcançar um mesmo nível de saúde entre diversos grupos sociais e/ou regiões de um país”; já a equidade nos cuidados de saúde vai ser determinada tanto pelas necessidades como pelas características de oferta dos serviços de saúde.

Está relacionada com o acesso, portanto, também com a universalidade e com a resolutividade que se possa obter para a solução dos problemas, a partir dos serviços.

A resolutividade, por sua vez está relacionada com a integralidade, tanto pensada no seu sentido vertical, como horizontal, de acordo com o que nos informa Vuori (1998), pois integralidade pode ser entendida tanto na dimensão organizativa dos serviços, pressupondo para sua operacionalização a existência de integração entre os vários níveis (promoção, cura ou recuperação), como na dimensão do cuidado ao indivíduo, pela abordagem mais abrangente, incorporando a esfera bio-psiquicossocial da atenção dada.

Dito de outro modo, o princípio da integralidade orienta para que as pessoas se tornem o centro da atenção, devendo tratadas pelos serviços como um todo e não de forma fragmentada. Isso quer dizer que todas as necessidades da população e dos indivíduos devem ser atendidas, nos aspectos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (REDESAÚDE, 2002).

A integralidade na atenção à saúde pressupõe ainda a consideração às diversidades e às singularidades das coletividades e dos indivíduos, o que promove equidade. Isto já estava previsto há mais de vinte anos, pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cuja proposta era composta por

um conjunto de preceitos e normas que pressupõe a atenção às necessidades de saúde de um indivíduo ou grupo populacional, em sua totalidade e em sua singularidade, respondendo ao direito instituído de promoção, proteção e recuperação da saúde através de uma rede de ações e serviços. (BRASIL, 1994)

A busca da integralidade e da equidade na atenção implica também na articulação da saúde com outras políticas públicas geradoras de qualidade de vida e melhoria dos níveis de saúde.

O círculo está completo, mas a operacionalização da tríade doutrinária do SUS, mais que constatações, requer esforços em vários campos, como sugere Nísia Floresta:

para dar [Integralidade] a todo mundo e da maneira particular com que os diferentes segmentos precisam - qual seria esta Integralidade?

...ela é historicamente condicionada essa idéia de Integralidade, não é? A Universalidade e a equidade não são historicamente condicionadas, mas a Integralidade é. Assim, você que teria que suprir todas as pessoas que estão no Brasil e ser equânime. E você vai ter que determinar qual é essa Integralidade hoje...

Determinar qual é a integralidade e qual é a equidade (porque equidade também é historicamente condicionada, sim), depende do campo da política, para decidir e investir; do do técnico e acadêmico, para refletir e definir e aplicar critérios e parâmetros de integralidade e de equidade; e principalmente no controle social, para fazer acontecer, tal como se fez acontecer o SUS.

A Concepção de saúde integral

A concepção dos entrevistados sobre o que vem a ser uma saúde completa, ou integral, envolveu categorias relacionadas com o meio no qual se vive, com a relação familiar, com a ocupação, com o lazer, com a alimentação e com a atividade física. Há portanto, uma compreensão ampla dos determinantes da higidez. Somente um dos entrevistados apontou os serviços de saúde como determinante das condições de saúde, sendo que todos os demais componentes identificados pertencem à esfera pessoal, social, psicológica e emocional dos indivíduos.

Conforme é possível observar no Capítulo V, que trata de resultados, (Quadro I, às páginas 92 e 93), foram encontrados alguns dos significados encontrados entre as categorias selecionadas pelos conselheiros e a condição de saúde completa: a natureza, as condições de vida, as relações familiares, o convívio social, a alimentação, a preservação da cultura e seu desenvolvimento, o trabalho, o exercício físico e o descanso.

Estes elementos constituintes da boa saúde, na percepção do conjunto de conselheiros, apresentam uma frequência, sendo que os mais mencionados encontram-se nas categorias da relação com o meio ambiente (natureza), da alimentação, do movimento do corpo no sentido do exercício, e das relações familiares e sociais. Observa-se que existem valores de consenso estabelecidos contemporaneamente na implicação da saúde/doença e que estes são comuns aos conselheiros entrevistados, independentemente do segmento ou da instância do conselho de onde estes proveêm.

Descrever os componentes implicados na boa saúde, ou seja, expressar o que é de consenso, não pressupõe constrangimento, ao passo que descrever o significado de saúde completa ou integral foi uma tarefa mais complexa. Em alguns casos esta definição foi buscada nos conceitos formalizados e em outros até mesmo em seu questionamento.

O modo como se procura explicar a saúde tem variado historicamente e depende, fundamentalmente, de uma visão teórica do que seja a saúde e a doença e seu significado individual e coletivo (Arouca, 1978). Esta é a razão pela qual importa rever as concepções que a saúde ou seu processo contrário, a doença, vão adquirindo no tempo e sob quais influências.

No auge da democracia grega, por exemplo, Hipócrates já mencionava a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde, afirmando inclusive que nenhum médico erraria ao tratar de doenças de determinada localidade quando tivesse compreendido adequadamente tais influências (Dallari, 1995).

A concepção de saúde vinculada à responsabilidade do Estado, apareceu quando, na transição entre o Estado feudal e o Estado capitalista se originou o conceito de “política nacional de saúde”, como parte das estratégias destinadas a aumentar a riqueza e o poder nacionais. A partir daí, as medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo reorganizaram também o campo médico. Foi imposto que se pensasse a população, se passasse a contá-la, controlá-la, se formulassem princípios de sua relação com o poder do Estado, se calculasse sua força ativa, se definisse as condições de seu crescimento, se implantasse as medidas que favorecessem seu crescimento e se freasse a mortalidade. Isso favoreceu consideravelmente melhorias na higiene no século XVIII. (Donnangelo, 1979:48-49).

Quando o campo médico se politizou, na primeira metade do século XIX, surge o conceito de medicina social (Guérin, 1848), sobressaindo-se a análise dos problemas sociais, certa correlação destes com a saúde e a doença e com isso, um novo modo de conceituar saúde/doença. Virchow, a quem coube importante papel no movimento de medicina social alemão, afirmou:

O Estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos. Desde que a igualdade geral de direitos conduz ao auto-governo, o estado tem por sua vez, o direito de esperar que cada um saiba como adquirir e manter através de seu próprio trabalho, um estado de bem-estar, nos limites das leis estabelecidas pelo próprio povo. Contudo, as condições do bem-estar são a saúde e a educação, de maneira que constitui tarefa do estado prover em bases, as mais amplas possíveis, os meios para manter e proporcionar educação e saúde através da ação pública (...). Assim, não é suficiente que o Estado garanta a cada cidadão as necessidades básicas para a existência e que assista a cada um, cujo trabalho não basta para a satisfação dessas necessidades; o Estado deve fazer mais, deve assistir a qualquer um, de forma que ele tenha condições necessárias “ para uma existência saudável”. (Rosen, apud Donnangelo, 1979).

Virchow, como relata Donnangelo (op cit.), desenvolveu uma teoria de epidemias, distinguindo naturais de artificiais, onde as artificiais são aquelas produzidas pela própria sociedade, pela deficiência na organização política e social, que impede a participação equitativa (o termo usado foi equivalente), de todas as classes na cultura da sociedade. Neste contexto, mais forte na Alemanha, o papel da medicina, apoiando os novos conceitos seria entrar na esfera da vida política, e para isso se propunha uma reforma médica como parte da reforma geral das instituições.

Entretanto, os notáveis avanços obtidos na segunda metade do século XIX, nos campos da fisiologia, da patologia e da bacteriologia (Claude Bernard, Rudolf Virchow, Louis Pasteur e Robert Koch) destacaram-se frente à origem social das doenças, fazendo prevalecer a medicina organicista. (Almeida Filho & Rouquayrol, 1995).

A teoria dos germes originou a concepção monocausal das doenças, segundo a qual os problemas de saúde são explicados por uma relação agente/hospedeiro. Na sua evolução, mais tarde, a concepção ecológica incorporou a multicausalidade da doença, ou seja, acoplava-se à ação do agente algumas características do hospedeiro, como idade, raça, sexo e renda.

Esta teoria faz predominar o pensamento clínico sobre o processo saúde/doença e a chamada medicina científica se fez hegemônica a partir do final do século XIX, reforçada em 1910 pelo conhecido relatório *Medical Education in the United States and Canada*, de Abraham Flexner. (Almeida Filho & Rouquayrol, 1995). A saúde, a partir de então passou a ser vista como ausência de doença.

As limitações da concepção flexeriana, de sobrevalorização do campo individual na medicina, foram se esclarecendo na medida em que as doenças transmissíveis perderam importância relativa, a expectativa de vida aumentou e as doenças crônicas e causas externas foram ganhando força na compreensão do processo saúde/doença. (Mendes, ...?).

A OMS – Organização Mundial da Saúde, no preâmbulo de sua Constituição (1946), procurou eliminar a idéia de saúde como simples ausência de doença, de modo que conceituou saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de outro agravo”.

Quando se expressa, Gaivota pensa nesse conceito, mas em seguida percebe que é incompleto para as expectativas atuais de saúde:

Bom, para mim, a saúde completa é representada pelo indivíduo com bem-estar social, bio-psico-espiritual. Quer dizer, ter ausência de doença... não é só isso, é muito mais! São todos aqueles direitos que a pessoa humana tem para ser e viver a sua condição de pessoa humana, assim como Deus a concebeu. Uma pessoa no bem-estar é uma pessoa que desfruta de todas as facilidades e benesses para estabelecer uma condição digna de vida, condições estas necessárias para se ter uma vida feliz e cidadã. (Gaivota)

A partir dos anos 1970, novas concepções de saúde/doença foram surgindo, onde se articulam saúde e condições de vida, e implicam outros conceitos como o “estilo de vida saudável” e de seu correspondente nos serviços, a “promoção da saúde”, o meio ambiente e as descobertas recentes na genética, especialmente através do alcance que pode significar para a saúde o Projeto Genoma Humano.

Em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a *Carta de Ottawa*, deixou explícitos os componentes compreendidos na atualidade como fundamentais para a saúde:

A paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde.

Os componentes presentes no enunciado de Ottawa são traduzidos para a realidade brasileira e podem ser captados nos depoimentos de conselheiros entrevistados ao manifestarem sua concepção de saúde completa:

Bom, eu diria que uma saúde completa, ressaltando que não sou da área, né, seria o bem-estar social, em geral. É muito abrangente! Seria, vamos dizer, assim, primeiro a estabilidade emocional da pessoa, e isso viria acompanhado pelo emprego, a moradia, a qualidade de vida onde ele está residindo, que não adianta ter emprego e morar num lugar inadequado. A prevenção, na saúde, um trabalho preventivo que também envolve o meio ambiente, a infra-estrutura, a segurança. São muitas coisas, acho que eu iria longe... (Mano)

Para mim, integral é tudo, né? Então, a rigor não se poderia pensar, como às vezes aparece por aqui, que o cidadão tem direito à meia saúde, né? Ou então uma saúde suficiente para continuar produzindo bem, ganhando pouco e depois morrer! (Mala Preta)

Borboleta, além dos componentes usualmente lembrados, insere um outro, que é o direito à informação como subsídio necessário para a escolha individual, considerada no conceito de “estilo de vida”:

...primeiro tem essas coisas, de estar bem como o corpo, bem alimentado, saudável, tem isso de se alimentar bem, de fazer exercícios, o lazer coisas para esfriar a cabeça. O trabalho é uma coisa que dá bastante prazer... então, a informação, né, a possibilidade de você ter informação para poder estar fazendo as melhores opções e também ter acesso aos serviços de saúde, quando a gente precisa e para estar se cuidando, fazendo exames, controlando a nossa saúde.

Nísia Floresta, ao refletir sobre o conceito de saúde aceita a doença como parte do processo, definindo saúde como uma capacidade de enfrentamento e de vitória sobre a doença. Nesta capacidade estão implicadas as condições de vida do indivíduo ou grupo.

Sem dúvida, que saúde não é falta de doença, porque eu acho que um ser vivo tem a capacidade de adoecer e sarar. Acho que é inerente. O vegetal e o animal eventualmente são contaminados de alguma coisa. Para mim, saúde perfeita seria um estado tal de higidez que, ainda que você tivesse algum problema, você fosse capaz de viver sua vida tal como você a concebe, dentro do seu grupo social. O que faz com que uma pessoa seja muito doente em uma cultura pode ser diferente em outra, né?

Para Coruja, é importante explicar o que está expresso na Constituição Federal sobre saúde, conceito de saúde, remetendo-o ao referencial utilizado pelo movimento da reforma sanitária:

(...) saúde completa ... a vida do ser humano é a contínua busca do equilíbrio, da homeostase. Saúde e doença são diferentes faces de uma mesma moeda. É necessário raciocinar como um processo. Quando baixa teu limiar de saúde, aumenta o avanço da doença e vice-versa. Se a gente partir do conceito que está na Constituição da República, a gente está falando do conceito ampliado de saúde - que é uma formulação proveniente do movimento sanitário - inclui não somente as tuas condições biológicas de sobrevivência, o equilíbrio, né, das pessoas em relação ao seu corpo, mas também da inter-relação com o meio ambiente, com o trabalho, com a questão psicológica e é um conceito que inclui como componente essa visão de que há uma determinação de classe(...). É um conceito dinâmico, pois em saúde não há nada completo e estático. Ele deixa claro que existe uma determinação social da saúde e da doença ...acima de tudo há essa determinação de classe, que vai fazer com que uma pessoa vá obter mais ou menos condições de garantir a harmonia e o equilíbrio da condição de saúde. (Coruja)

Procurando explicitar melhor o que quer dizer, Coruja procura expressar saúde/doença dentro do entendimento da epidemiologia social, a partir da categoria de reprodução social dos determinantes de saúde:

E essa determinação tem também historicidade, pois transita no tempo: no século XVIII, pessoas com muitas posses morriam de tuberculose, pois não havia recurso tecnológico que garantisse sua cura. Hoje, a diferença de incidência de doenças crônicas entre um pobre e um rico não existe, mas existe diferença na detecção da doença quanto ao seu estágio, e no caso do pobre em geral está em uma fase difícil de ser contida. Portanto, a doença ou a saúde tem uma pré-determinação.

Mendes (op cit), quando analisa a historicidade do conceito, lembra que o mesmo tem evoluído de uma vinculação anterior com as doenças e a morte, ou seja de aproximações negativas, para concepções mais vinculadas à qualidade de vida ou um produto social, isto é, para aproximações positivas. E conceitua saúde como

o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição da existência dos homens no seu viver cotidiano, um "viver desimpedido", um modo de "andar a vida" prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais".(Mendes,: 237)

Conforme explica Conrandiopoulos (1996), um sistema dominante de crenças não significa unanimidade quanto à concepção de um fenômeno, mas apenas uma certa estabilidade entre diferentes concepções que coexistem em um dado momento e numa certa sociedade sobre este fenômeno. Isto

significa que, de fato o conceito é dinâmico e que pode assumir várias expressões em um mesmo contexto, sem que uma incompatibilize a outra.

Finalmente, concluímos este item com alguns depoimentos que inter-relacionaram a condição de saúde, felicidade e sentido de vida:

[saúde integral é] *fazer tudo o que pudesse prolongar a vida e com ela a felicidade. (Mala Preta)*

(...) saúde tem tudo a ver com felicidade, podes até dizer que tua saúde é a busca da felicidade. Elas estão vinculadas. A felicidade é o próprio objetivo da espécie humana e a busca da felicidade é uma coisa saudável.(Coruja)

(...) já vi pessoas adoecendo neuroticamente por falta de sentido na vida. Mulheres sem a menor segurança física, menta, econômica, mas que foram capazes de, através de uma posição de otimismo e de esperança, superar todas as inseguranças da vida real. Então, talvez no lugar da saúde eu diria, sentido de vida....

A viabilidade do princípio de integralidade na visão dos conselheiros

Retomaremos primeiramente Vuori (1998), compartilhando a noção de integralidade entendida tanto na dimensão organizativa de um sistema, onde requer, para sua operacionalização, a existência de integração entre seus vários níveis (promoção, prevenção ou recuperação), como na dimensão do cuidado ao indivíduo, pela abordagem mais abrangente, incorporando a esfera bio-psíquicosocial da atenção dada.

A integralidade, tomada no sentido político, de nosso ponto de vista, pode assumir outras dimensões as quais abordaremos mais adiante. No entanto, primeiro vamos observar como poderia se materializar, na percepção dos conselheiros.

Beija-Flor descarta a possibilidade de ver o princípio da integralidade realizar-se através do SUS. Para ela, a integralidade está intimamente vinculada ao acesso aos serviços e recursos que um indivíduo necessita para resolver todos os seus problemas de saúde e para prevenir as doenças. Pensa que isto só é possível para algumas classes, social e economicamente privilegiadas:

Sim, porque você paga e você tem. Existem várias clínicas especializadas, (...), então, se você tem poder aquisitivo ... nem mesmo através dos planos de saúde, pois os planos estão cortando muita coisa, não oferecem tudo o que prometem. Então, se você tem condições de pagar, aí sim você tem integralidade: precisa de um angiologista, você vai; precisa do cardiologista, você vai; precisa do exame de alto custo, você tem. Dentro do SUS não dá!

Para Gabi e Mala Preta, é difícil a operacionalização da integralidade, pois ela precisa ser pensada em toda amplitude de seu significado, coisas que os serviços de saúde não alcançam:

Essa questão da ... integralidade da saúde... ela é um conjunto de elementos que precisam estar aí, à mão – os alimentos, a família, o companheirismo, as atividades de lazer, os conhecimentos novos, os

serviços ... desde o nascimento até a velhice. Se não tiver, você passa a ficar doente, isolado, deprimido ... (Gabi)

...fazer tudo o que pudesse prolongar a vida e com ela a felicidade. Eu acho que não tem sentido você dizer assim: ...vou te dar 600 calorias a vida inteira, você vai viver 150 anos gripado, doente ou aleijado. Isso não pode ser um objetivo. Agora se você disser: você vai viver muito tempo, trabalhando, fazendo o bem, ajudando a solucionar problemas, aí faria sentido. (Mala Preta)

Torna-se necessário, então, pensar a integralidade no espaço possível, circunscrita aos serviços de saúde, pois uma vez interpretada no sentido dos cuidados de saúde podemos alcançar seu sentido constitucional. Precisamos recorrer ao alerta feito por Travassos (apud Escorel & Giovanella, 2000) alerta, referindo-se ao debate sobre equidade, pois integralidade passa por idêntica dificuldade conceitual.

A autora refere a distinção entre equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde, onde a primeira possui um sentido mais abrangente que a segunda. Equidade em saúde está referida ao objetivo de alcançar resultados relacionados com o igual nível de saúde para determinados grupos ou regiões. São necessidades socialmente determinadas. Integralidade em saúde, então, adquire o sentido de um resultado, que além de equânime é completo, em um estágio do seu máximo potencial.

Quanto à equidade cuidados de saúde, está determinada não só pelas necessidades, como também pelas características da oferta dos serviços. Trata-se da equidade no acesso e na utilização. Isto não se faz sem uso da integralidade, pois esta é que resguarda e garante o tratamento diferenciado em resposta às singularidades (diferenças, que são individuais) e diversidades (coletivas). A noção de integralidade, por sua vez, na perspectiva ética, incorpora os princípios da equidade e da igualdade, pois ambos pressupõem as diferenças. A oferta dos serviços portanto, requer, na ótica da integralidade, consideração às diferenças. E ao optarmos por pensar integralidade nos cuidados de saúde, imaginamos que obviamente esta opção nos leva a uma condição melhor de integralidade em saúde, tal como podemos fazer em relação à equidade.

É similar ao que Sabiá pensa, quando reflete sobre um padrão a ser perseguido para alcançar integralidade, pois ele poderia estar relacionado com o quantitativo, prioritariamente, e não com o qualitativo, pois:

(...) esse padrão seria de muito mais pessoas saudáveis.

Gaivota também comenta sobre um possível padrão de integralidade a ser estabelecido:

Acredito que não há um padrão de saúde completa, mas acredito que é uma das nossas lutas para que a vida e a saúde sejam melhor cuidadas e conservadas.

Isto significa que o patamar no qual vamos classificar integralidade não é o mais relevante, pois ele é imprevisível, depende de recursos tecnológicos, científicos e de valores culturais e éticos da sociedade, tudo historicamente dependente, como reflete Nísia Floresta. O que interessa é que, estabelecido o patamar, isto adquire um valor universal e portanto, vai requerer, mais uma vez, equidade.

Para chegar à Integralidade você tem que pensar a Universalidade, ou seja, a Integralidade para todos e com equanimidade, não é isso?(...) para dar (Integralidade) a todo mundo e da maneira particular com que os diferentes segmentos precisam - qual seria esta Integralidade? – ela é historicamente condicionada essa idéia de Integralidade, não é? A Universalidade e a equidade não são historicamente condicionadas, mas a Integralidade é. Assim, você que teria que suprir todas as pessoas que estão no Brasil e ser equânime. E você vai ter que determinar qual é essa Integralidade hoje....

E procurando um caminho para definir a integralidade no contexto brasileiro atual, conclui:

Eu acho que integralidade agora, seria... não que se dessem todos os serviços que uma pessoa teoricamente precisa, mas dentro dos recursos que o SUS tem, que a pessoa pudesse ter acesso com equanimidade ao máximo de serviços necessários.

O que está implicado na equidade são as desigualdades, associadas à noção de justiça. Almeida (2000), emitiu a idéia de que a equidade está relacionada com o grau de desigualdade social que uma sociedade aceita (ou pode suportar) e ao operacioná-la, devemos levar em conta lógicas teóricas e políticas que orientem as formas de conceituar os grupos sociais e os arsenais tecnológicos disponíveis que instrumentalizem a intervenção, no sentido de diminuir as desigualdades em saúde.

Pois é o que Mala Preta ilustra quando conclui que integralidade é possível, sim, desde que ele (ou o grupo ao qual pertence) estabeleça o patamar de integralidade aceitável:

Eu acho que poderia, sim, porque se rouba tanto, se joga tanto dinheiro fora se não se der conta ...para resolver certas coisas, tipo assim uma perna mecânica computadorizada (para o caso da lancha, lá), ...tudo bem, então que seja uma perninha de madeira para o cara caminhar sossegado. Se não tem tomografia (não se pode garantir tomografia computadorizada para cada arranhão!) computadorizada, que é caríssima, então que alguém saiba o que fazer para manter o cara com boa saúde... Tem jeito, sim. Eu acho!

Kehrig (2001), relata em seu estudo sobre a consciência que já havia, desde o movimento sanitário, quanto à dificuldade implicada na operacionalização do princípio da integralidade, pois esta exige uma enorme reformulação dos serviços de saúde, principalmente para superar, na prática, as dicotomias existentes. Na realidade, sabemos que o princípio só alcança sentido se conduzir a serviços mais resolutivos.

Borboleta acredita na viabilidade de que os princípios de universalidade, equidade e integralidade são viáveis, mas para isso, seria necessário planejar por longo tempo:

Acho que eles são exequíveis. Não imediatamente, mas com planejamento adequado. Garantir o acesso universal hoje, com a atual estrutura, causaria um colapso no SUS, mas isto identifica-se com o uso inadequado, pois sabemos que muitas pessoas buscam atendimento em consultório privado, mas se utilizam do SUS para serviços complementares mais complexos, pois são mais caros. A equidade é uma questão acima de tudo ética! A integralidade sofre o viés do estrangulamento, dos encaminhamentos inadequados, falta de planejamento, de protocolos e de supervisão. Mas continuo acreditando que são exequíveis.

Para Mano, os princípios filosóficos do SUS, a integralidade, a universalidade e a equidade são todos exequíveis, mas é preciso ir mais além, romper os limites dos serviços para que isso aconteça,

pois na cultura brasileira, onde existem dominados e dominadores e se manifestam muitos interesses escusos, os princípios acabam sendo

... vistos como falácias, por razões diversas: inferioridade/superioridade das pessoas (não aceitam que somos todos iguais); a distorção da democracia, quando o poder delegado pelo povo serve para subjugá-lo; a certeza da impunidade; a falta de comprometimento e de ética; o baixo nível de educação do povo.

E Coruja, que também considera que os três princípios não podem ser aplicados isoladamente, acha que somente através de uma mudança de contexto é que poderia se determinar sua viabilidade plena:

(...) eles são perfeitamente exequíveis, em conjunto. (...) Isto, partindo do princípio de que a gente tá lutando pra transformar essa sociedade em que a gente vive. Nessa sociedade que nós vivemos, nenhum dos três princípios vai dar certo, nenhum. Principalmente, aí tem um deles que é central nisso, que é o da equidade, porque não tem equidade no capitalismo, por definição. Mas pode ter integralidade, por exemplo, nas classes sociais dominantes. Tu podes ter um atendimento absolutamente integral, se tu compras um plano de saúde altamente amplo, específico, completo, mas aí não acontece universalidade, e nem a equidade. Esta integralidade vai existir para aquela classe social, para aquela pessoa. Se a pessoa tem dinheiro e pode comprar um serviço, tudo que precisar, desde a alta complexidade até o mais simples, vai haver uma integralidade da ação no teu corpo, na tua pessoa, na tua classe, com o teu dinheiro. Teoricamente, né? Agora, se quisermos mudança da sociedade, se quisermos um SUS do jeito como ele foi concebido, não podemos pensar isoladamente nos três princípios, eles acontecem juntos e um depende do outro.

De fato, a integralidade requer acima de tudo a atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação dos serviços de saúde no seu todo, e não como se pudesse ser produzida como um somatório de programas ou ações bem articuladas estruturalmente (Nogueira, 2000). Uma recomposição, no sentido totalizador da prática, que implicaria no descentramento do enfoque biológico e na orientação de cada ato médico para apreender e interferir com a complexidade do paciente (DONNANGELLO, 1979; KEHRIG, 2001).

Costa (1992), ao revisar a política de atenção integral de saúde da mulher na década seguinte a sua implantação no Brasil lembrou que o princípio da integralidade só se dará através de um processo lento, de profunda mudança de comportamento, tanto por parte de usuários dos serviços como de profissionais de saúde. No referencial da integralidade, se preconiza inclusive deslocamentos de poder, como por exemplo, a ruptura do *status quo* conferido pelo modelo de atenção tradicional, mas nesta mudança se pode obter “a conquista de uma prática médica mais humanitária, solidária e ética, envolvendo médicos e demais profissionais de saúde”.

Kehrig (2001), crê que é possível experimentar modelos que levem a objetivar a integralidade em saúde. Para isso, propõe que sejam observadas três dimensões: a política, a organizativa e a tecnológica, quando se tem em vista a materialização do conceito.

Enquanto princípio político, a integralidade assume um corpo de valores sociais e ideológicos. Neste caso, ela se efetivará na dependência de seu avanço para além dos discursos oficiais e declarações públicas, a partir do momento no qual passe a ser um valor compartilhado com a

sociedade. Em um sistema de saúde, a noção pressupõe a integração tal, que seja capaz de viabilizar referências de acesso a qualquer nível de complexidade da assistência.

Quanto à organização dos serviços, a autora sugere alguns instrumentos gerenciais experimentados principalmente em municípios a partir dos anos 1990. Além da integração dos níveis de complexidade crescente, aponta a adoção do planejamento estratégico local, com metodologia participativa e diagnóstico situacional, programação e avaliação; a gestão estratégica de unidades de saúde, como espaço para operar a integralidade das ações; e a implantação de conselhos de gestão por unidade de saúde, ampliando a participação do controle social na gestão.

Quanto ao ponto de vista tecnológico, Kehrig refere-se particularmente à tecnologia constituída pelo saber e por seus desdobramentos, principalmente na dimensão gerencial descrita por Mendes-Gonçalves sob o conceito de organização tecnológica do trabalho para superação da polarização clínica-epidemiologia.

Além da expectativa da mudança de posturas por parte das equipes de saúde, acrescentaríamos que é relevante observar ainda outras experiências que colaboram com práticas integrais de saúde. Entre elas, apontamos as experiências de “acolhimento” desenvolvidas em unidades de saúde da rede básica de alguns municípios, que bem poderiam ser estendidas a outros municípios e a todos os níveis de complexidade do sistema.

Também demonstram direcionalidade ao princípio de integralidade, as experiências de trabalho intersetoriais, interdisciplinares e multiprofissionais, o que, operacionalmente, só tem demonstrado avanço real a partir de práticas descentralizadas para níveis submunicipais, mais à distância das autoridades centrais conservadoras.

E por fim, seria recomendável o desenvolvimento de articulações mais descentralizadas, entre as equipes de saúde e níveis de controle social organizados também em níveis submunicipais. Os conselhos locais de saúde são um tipo de organização útil, mas que nem sempre têm se mostrado permanentes e bem-sucedidas. Neste sentido, algumas experiências que vêm se desenvolvendo para tornar a gestão de unidades de saúde mais democráticas, inserindo representantes locais do controle social no processo de gestão, podem significar avanço tanto do ponto de vista do papel do controle social como um indutor de políticas de saúde, além de canalizador de demandas, bem como promotor do princípio da integralidade.

A inserção do tema “saúde da mulher” nos conselhos

A avaliação da inserção do tema saúde da mulher nos conselhos foi feita de dois modos. No primeiro caso, os conselheiros foram questionados sobre os *temas mais freqüentes* nas pautas das reuniões ordinárias dos conselhos, onde se procurou avaliar a percepção da inserção do tema de modo espontâneo. Os resultados apontaram ausência completa do tema nas pautas dos conselhos, não tendo sido citado uma única vez.

Os Quadros II e III, apresentados nas páginas 100 e 101, demonstram a concentração de temas na área financeira em qualquer que seja a instância dos conselhos de saúde. Vários estudos e relatórios apontam esta tendência de concentração de pauta dos conselhos e, em muitos casos se observa a noção, por parte de conselheiros, de que esta é a responsabilidade maior ou única dos conselhos, de acordo com o que relata Gabi:

São as prestações de contas, os orçamentos, afinal esta é a função do conselho: fiscalizar os gastos!

Embora a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a LOS - Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 2º determine apenas vagamente o campo de atuação dos conselhos, conforme consta abaixo, de modo algum restringe aos aspectos financeiros. O que faz, é ressaltar estes aspectos:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 do governo.

A inclusão, feita à época possui a finalidade de deixar clara uma atribuição que poderia vir a ser questionada ou não considerada por reação dos gestores, habituados às práticas institucionais autoritárias e centralizadoras. Basta lembrar que, em muitos casos, desde o Conselho Nacional de Saúde até instâncias estaduais e municipais, nos anos 1990, após a edição da LOS, os questionamentos a respeito do caráter deliberativo dos conselhos foram intensos. Em Santa Catarina, como se pode verificar no capítulo de revisão bibliográfica, o Conselho Estadual de Saúde passou por meses de inatividade, como um recurso encontrado para impedir o exercício de suas atribuições, especialmente quanto ao controle de gastos.

O fato derivou o privilegiamento dos assuntos vinculados às finanças, e dele a impressão de atribuição maior para alguns.

Nos estudos que alguns legisladores realizaram imediatamente após a edição da LOS, consideraram que a análise dos aspectos econômicos e financeiros se poderia controlar a política de saúde, inclusive a adoção de avaliação de programas, planos, ações e serviços, pois

é através da análise cruzada de tais aspectos que são descobertas as distorções finalísticas e operacionais de um plano de saúde, ou parte dele. (CARVALHO & SANTOS, 1992: 247).

Nelson Rodrigues dos Santos, que exerceu a função de presidente do CNS na última gestão, também faz considerações a respeito, destacando um ponto a ser superado:

(...) as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, conferidas aos conselhos de saúde pela Lei 8.142/90, colocaram para os conselhos, na sua relativamente curta trajetória, a concentração da sua atuação no controle da execução, atividade esta aparentemente incorporada na cultura e práticas de fiscalização. A atuação na formulação de estratégias, aparentemente mais complexa e distante das representações sociais, e mesmo dos escalões intermediários do Governo, foi ficando em segundo plano, no decorrer dos anos 90 (Santos, 2003:1).

Entre os outros grupos de temas de pautas apontados pelos conselheiros e apresentados nos Quadros II e III (páginas 100 e 101), uma atenção especial deve ser dada ao grupo b, não somente por se encontrarem em posição de destaque quanto à frequência, segundo os entrevistados, mas também porque representam um conjunto de temas muito recentes nos conselhos. Este grupo representa o conjunto de instrumentos de programação, controle e avaliação das políticas de saúde, de fundamental importância, do ponto de vista de avaliação de impacto da programação implantada e, em última análise da efetividade das ações. São instrumentos muito técnicos, sendo que uma grande parcela trata de indicadores de processos e de resultados. São um problema a ser solucionado junto ao controle social, pois embora representem um conjunto valioso de informações, não encontram a devida resposta junto aos conselhos pela complexidade de análise e interpretação. Entram em pauta, raramente são discutidos em termos adequados e freqüentemente são aprovados sem que tenham sido avaliados ou debatidos.

Em seu “balanço final”, Nelson Rodrigues dos Santos (op cit.), afirmou que, quando foram surgindo demandas relacionadas ao controle e execução das ações, os métodos de avaliação não estavam claros e tornavam as tarefas inquietantes. Os conselheiros demonstraram-se inquietos e frustrados, pois não imaginavam “onde e como encontrariam comprovações de que o SUS e a cidadania na saúde estão sendo construídos?” Para Santos, os costumes e práticas tradicionais de fiscalização e controle da execução não davam conta das questões e instrumentos que iam surgindo, e a cada dia chegavam volumes cada vez maiores de “casos” de má execução, que feriam e ferem os interesses dos usuários, dos profissionais, dos prestadores de serviços e do próprio Governo.

Estes instrumentos, entre os quais se encontram as Agendas de Saúde, as Programações Pactuadas e Integradas, os Cronogramas de Metas, os Relatórios de Gestão e os Planos de Saúde, necessitam ser apreendidos pelos conselheiros para que cumpram sua função.

Neste ponto nada se diferencia no âmbito estadual e nacional de saúde, pois o tema mais freqüente nas plenárias do Conselho Estadual de Saúde, continua sendo o conjunto de questões financeiras.

O estilo de atuação do CNS, contudo, parece não seguir um ritmo previsível. Existe uma agenda, inclusive com divulgação pública e com pautas preestabelecidas, mas na gestão 1998/2002 os temas em pauta foram muito diversificados e o clima foi bastante tumultuado, de acordo com os detalhes contados por Nísia Floresta e Coruja :

É tão variado... temos uma agenda, mas a gente sempre é atropelado pelas emergências. Tanto do poder legislativo como do executivo vêm bombas... arbitrariedades que surgem no interior do sistema

de saúde... no Ministério da Saúde, na área de financiamento, principalmente. Talvez seja exagerado, mas o que mais nos preocupa é a questão do financiamento da saúde. Ainda que a gente não esteja, do ponto de vista quantitativo, toda hora falando do orçamento, isto é aquilo que nos deixa indignados, porque a política econômica do governo (FHC) tem como meta satisfazer os ... credores internacionais. (Nísia Floresta)

Normalmente são os assuntos relativos ao financiamento, este é o assunto central! Os assuntos referentes a normas operacionais, alterações que levam em conta o modelo de gestão também.(...) As normas e portarias devem sempre ter a aprovação do CNS, mas muitas vezes já estavam em prática sem que tivessem sido aprovadas (...) No governo anterior (FHC) o CNS tinha uma função também de fazer resistência, conter a fúria “legislante” do Ministério da Saúde, que vivia emitindo normas, portarias e medidas provisórias, sempre para tentar romper com os princípios do SUS, conseguir fragmentar as políticas de saúde e encaminhá-las no sentido da privatização, de confiná-las nas ações básicas de saúde e de cumprir os compromissos do Fundo Monetário Internacional. Como cada dia chegava uma nova bomba, o Conselho tinha uma atuação muito diversificada em plenário. (Coruja)

Nísia Floresta concorda com Coruja quanto à grande ocupação dos conselheiros nacionais naquele período:

... o que nos ocupa são as urgências institucionais, quando está para passar uma Lei 4147 (referente ao abastecimento de água e saneamento) ou alguém que tente, no meio de uma epidemia, criar uma agência nova só para criar novos empregos, mais barganhas de ordem político-partidária ...e você tem que sair correndo, tem que gritar.(...) A gente conseguiu muita coisa também, temos vitória, como os genéricos, a Emenda Constitucional 29, muita coisa concreta. Mas esse empenho....o que nunca vai poder constar de relatório nenhum é a nossa luta para resistir às forças anti-democráticas, anti-populares, anti-humanas que querem se servir do que há de mais frágil – a dor humana – para fins eleitoreiros, para fins de lucro na área da indústria, na área de serviços e na área de emprego. (Nísia Floresta)

O Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde (2002), no diagnóstico que faz sobre controle social destaca que:

os conselhos de saúde hoje carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo.(...) Ao não trabalharem com informações em saúde, perdem a capacidade de gerar agendas sociais de ação adequadas à percepção da dimensão dos problemas, suas determinações sociais e sua distribuição no território. (BRASIL, 2002: 44).

O Relatório conclui que a causa maior da distância dos conselhos em relação às informações decorre das dificuldades de acesso às informações motivadas pela falta de domínio das tecnologias de uso das informações e pela não compreensão dos métodos de análise e interpretação. Esses fatores impedem o uso do vasto universo informativo passível de ser explorado, integrado e utilizado por todos os atores sociais envolvidos (BRASIL, 2002).

Quanto à ausência do tema “saúde da mulher” nas pautas de reuniões dos conselhos poderia ser devido à generalidade dos temas relacionados e, sendo este um assunto de caráter mais específico, tentamos obter uma avaliação sobre o assunto de forma mais direta.

Solicitado que rememorassem os *temas especificamente relacionados com saúde da mulher* abordados nas plenárias dos conselhos, tendo por base o tempo de atividade como conselheiros, foram obtidas algumas respostas mais positivas. Em outros casos, a resposta continuou negativa, como no caso de *Gabi*:

não lembro nada que seja especificamente discutido sobre saúde da mulher no conselho, nada polêmico ou pelo menos nada que chamasse atenção.

E em outras circunstâncias, podemos concluir é que nem sempre o assunto está de fato relacionado com saúde da mulher, em si. Beija-Flor, por exemplo, relatou que as questões relacionadas à saúde da mulher, abordadas no conselho de seu município foram: o problema de escassez de leitos para obstetrícia, os projetos para aprovação do título “Hospital Amigo da Criança e o Banco de Leite Humano”.

Veio um documento, um ofício da Federação e da Associação dos Hospitais solicitando que a Secretaria revisse a questão do pagamento das taxas de cesárias quando isso ocorre acima de 30%, pois o Ministério, realizou um acordo para tentar reduzir as taxas do parto cesário. Eles estavam sugerindo que a taxa não fosse por instituição, como foi estabelecido inicialmente, mas sim para Santa Catarina como um todo, alegando que alguns hospitais do interior são as únicas maternidades e possuem taxas grandes. Na época anexaram uma carta de um diretor clínico de uma maternidade do Oeste (um hospital religioso), justificando a grande taxa de cesárias porque havia um grande número de mulheres jovens, os bebês eram grandes e eram mulheres de cultura rude, o que dificultava o parto normal. Aquilo me causou indignação e propusemos a discussão da política de cesariana no Conselho.(...) e acabou vindo um documento do Ministério acordando que as taxas passassem a ser adotadas por estado e não mais por instituição (Borboleta).

Mano acha que saúde da mulher de fato não é só tratar do pré-natal:

Específico?! Já teve em pauta o caso do pré-natal, também o caso da busca ativa de vacinação contra rubéola e foi também discutida uma questão sobre a gerência do Programa, mas na realidade, saúde da mulher não tem ... (Mano)

Em alguns casos foram descritos componentes programáticos voltados à saúde da mulher, especialmente aqueles que têm sido impulsionados através de campanhas ou estratégias nacionais, onde não se excluem os investimentos na saúde reprodutiva, mas pensados e executados isoladamente:

O assunto da humanização do parto, que nós tratamos e implantamos; da prevenção do câncer de mama, da prevenção do câncer da mulher, e generalizando o atendimento em saúde, tem o Programa da Diabetes, Programa do Hipertenso, o PSF, que estamos começando a implantação e que é para a mulher também ... a mulher está inclusa. (Gaivota)

Foi implantado o Programa de Planejamento Familiar, o grupo de gestantes e palestras educativas e foi contratado um ginecologista (Sabiá).

Nogueira (2000), analisou as articulações entre o movimento sanitário e o movimento feminista no início da década de 1980 no Brasil, tendo como produto o PAISM (Programa de Atenção integral à saúde da Mulher), concluindo que o diferencial da proposição estava dado pelo questionamento

das mulheres sobre o enfoque reducionista na atenção em saúde para a mulher na ocasião, voltado somente à questão reprodutiva.

(...) todo o destaque possível (voltava-se) ao cuidado voltado ao controle da fecundidade e, por isso, buscava disseminar, em todo território nacional, métodos gratuitos de planejamento familiar. Ao que se oponham as feministas de então não era o planejamento familiar em si, mas ao formato e à intencionalidade desse tipo de atendimento, que era oferecido sem nenhuma consideração às demais necessidades que se fazem presentes numa visão integral da saúde, dada numa perspectiva de gênero. (Nogueira, 2000:97).

Foi possível observar que o tema saúde da mulher não possui visibilidade no controle social e que sua inserção depende, em grande parte, da ação de pessoas envolvidas no movimento de mulheres, que conduzem o assunto, formulando a demanda. O tema, em alguns casos, pode sensibilizar os conselheiros, na dependência do modo como é apresentado e em outros pode passar despercebido, conforme comprovam os depoimentos abaixo:

Sim, no Conselho Estadual, principalmente. Até é uma coisa interessante relatar, é que ...a composição no Conselho Estadual de Saúde (acho que isso ocorre nos outros conselhos estaduais)... me parece que a maioria dos conselheiros é extremamente apta a desempenhar seu papel. É uma coisa que me impressionou, todo mundo sabe o que está falando! Podem até não concordar com a gente, ou não querer concordar, mas sabem o que estão fazendo. Então, por exemplo, havia uma enfermeira e eu admirava como ela colocava estas questões da mulher lá no Conselho. Havia outros, mas eu lembro dela, ela ia fundo. (...) No conselho municipal... o conselho está com problema (...) mas apesar disso de vez em quando surgem coisas sobre saúde da mulher ... só que eu não consigo lembrar o que. (Mala Preta)

Olha, o que nos emocionou foi quando nossa companheira, que no momento não estou lembrando o nome, de São Paulo... quando ela fez o relatório da Campanha do Câncer, o cervical. Aquilo foi tão dramático, era como se fosse uma boiada de mulheres, como vacas, entendeu, que fossem chamadas para dizer que tinham câncer. Porque depois não houve acompanhamento. Eu nunca vi nada assim e ainda me arrepio de pensar ... não se pode respeitar um burocrata com coragem de , à sangue frio, inventar um genocídio desses (...) chamar as mulheres em confiança, elas irem fazer o exame ... para dizer que elas tinham câncer e daí é isso mesmo ... elas poderiam morrer em paz. Então esse para mim, foi o momento mais dramático que vivi em relação à saúde da mulher (Nísia Floresta).

Quanto às iniciativas dos conselheiros de segmentos de usuários, ou de profissionais de saúde para trazerem o tema até às reuniões plenárias, são escassas. Entre os conselheiros municipais não encontramos nada que demonstrasse ação propositiva ou informativa sobre saúde da mulher, de onde se depreende que o tema dificilmente permeia estes segmentos na instância municipal.

Já nas instâncias estadual e nacional, devido à presença de conselheiras envolvidas no movimento de mulheres, foi possível notar a ação propositiva e informativa, conforme relata Coruja:

Todas as iniciativas de discussão sobre saúde da mulher ou de questões relativas à mulher foram iniciativas ou de minha antecessora ou minhas. Não passa pela porta do Conselhoa não ser discussões como ... veio uma vez do Ministério da Saúde, sobre a Campanha do Câncer Cérvico Uterino e às vezes vem alguma solicitação de auditoria em maternidades, quando ocorre morte materna, mas é muito pouco. As coisas relativas à saúde da mulher, eu posso afirmar, nestes cinco anos

de atividades no Conselho, são introduzidas por nós e originárias de várias fontes: da Rede (Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Reprodutivos e Sexuais), das pautas de luta do movimento feminista, do cumprimento de nossa agenda como as lutas do aborto, mortalidade materna, contracepção, saúde da mulher, essas coisas todas ... e vem alguma coisa da Área Técnica de saúde da Mulher do MS e da comissão interinstitucional de saúde da Mulher, a CISMU.

(...) discutimos as metas da Secretaria para consulta pré-natal (o preconizado são seis, a Secretaria propunha quatro), discutimos um projeto de Lei, aprovado na Assembléia Legislativa, que garante à mulher o direito de ter acompanhante no momento do parto; amanhã estaremos discutindo a questão do parto humanizado e de como se está regulamentando esta questão no(s) estado(s) (Borboleta).

Borboleta confirma que os temas sobre saúde da mulher, de interesse da mulher, no CES foram introduzidos por ela, como o caso do depoimento acima. Borboleta e Coruja pertencem ao movimento de mulheres. Isto constitui uma peculiaridade deste estudo e não representa situações que possam ser generalizadas. Em todo caso, confirma a importância da presença do movimento feminista para afirmação do conteúdo e das demandas no controle social.

Procurando avaliar as percepções dos conselheiros quanto à necessidade *de estratégias de atenção diferenciadas para a mulher* nos serviços de saúde, observamos que a reação foi positiva em todos os casos em que a resposta foi dada. Para eles, a abordagem deve ser diferenciada.

No caso dos conselheiros do sexo masculino, as justificativas voltaram-se para o papel social da mulher, consolidado culturalmente:

... deve ser específica, porque a mulher é o alicerce da vida, da saúde. Além de gerar o ser, ela é quem acompanha, né, quem convive, ela é quem cuida, quem encaminha, ela é quem dá o elemento básico ... então, ela é quem vai determinar a formação do indivíduo - do homem ou da mulher - daqui para frente. Então, a mulher é fundamental, merece uma atenção especial.(Gabi).

(...) Porque a mulher ainda é sobrecarregada de fato, em tudo, tá certo. Então deveria ter um modo diferente de atender ...ela não poderia estar numa fila, pois de repente, trabalhou e está ali ... na chuva, essas coisas assim. (...) Muitas vezes ela é mãe e está cuidando de outras pessoas. Veja bem, quando a mulher falta no dia a dia, há um transtorno na vida de mais gente em volta dela. Se eu passo quinze dias fora de casa, não muda a dinâmica da família ... agora, se a mulher falta por quinze dias, aquilo vira um mini caos, né? (...) A criança fica sem mãe ou mesmo um rapaz, por quinze ou vinte dias ... isso reflete em alimentação, em limpeza, em ambiente, em saúde. Então, tudo o que se fizer neste ponto – é meio egoísta – deixa a mulher mais disponível..... Se a família conta com a mulher com boa saúde e tal, tudo vai bem.(Mala Preta).

O homem ... ele não procura (os serviços de saúde), só quando fica doente. A mulher, por ser a base, parte importante da sociedade – além de gerar os seres é ela quem educa e por conseguinte é ela quem pode produzir uma sociedade melhor, deve merecer atenção especial ...(Mano).

Considerando as questões salientadas pelos conselheiros quanto à ampliação da sobrecarga de responsabilidade delegada à família e especialmente à mulher, no s remetemos à Laurell (2000), que que nos lembra o reflexo do processo de globalização, no qual o Estado reduz sua responsabilidade social e limita-se ao mínimo de prestação de serviços de saúde, e ainda assim de modo seletivo.

As conselheiras do sexo feminino acham que o tratamento diferenciado se deve à condição da mulher, tanto em razão das diferenças, como pelas iniquidades produzidas social e culturalmente. Quem explica a situação é Coruja:

... no conjunto as condições se equivalem: saúde do homem e da mulher, felicidade do homem e da mulher, da criança, do adulto, do jovem, do velho, desde que respeitadas as especificidades de cada um.

E exemplifica as iniquidades que necessitam ser compensadas:

... uma usuária, no caso mulher, foi buscar um atendimento, percebe essa necessidade (pelos sintomas), mas isto pode ser o reflexo físico de um conjunto de coisas que estão em outras áreas de carências. Podem ser resultantes de ... é muito comum mulheres terem reflexos somáticos de agressões, mulheres vítimas de violência, do descaso, da indiferença, da pobreza, da opressão no trabalho, de discriminação sexual, da discriminação de raça e etnia, e às vezes não identifica claramente essa situação que é cultural e social e vai procurar o centro de saúde pra tratar de uma úlcera, pra tratar de uma dor de cabeça intermitente, pra tratar de um ataque de nervos, como o pessoal fala ... de uma instabilidade emocional ou coisa assim e que não encontra tratamento do ponto de vista físico.

Algumas conselheiras do sexo feminino fizeram considerações sobre o avanços obtidos neste campo, na área da saúde, como Clara, que afirma que a atenção deve ser diferenciada, mas que isto já está encaminhado, de certa forma:

Acho que neste sentido, de serviços ... até que a mulher está bem à frente, em relação ao homem. Ela tem toda uma estrutura, os programas de saúde da mulher ... e não tem para o homem. Ela tem toda uma atenção organizada em sua volta, acho que é a própria cultura, na tradição feminina ela se preocupa mais com essas coisas, a saúde. Você pode ver, as meninas, elas já estão pensando com se cuidar, o jeito de vestir, com a beleza. Então, a preocupação com a saúde faz parte da vida da mulher.

E Gaivota, refletindo sobre o que seria uma atenção em saúde diferenciada para a mulher emite a abordagem de atenção integral:

Uma atenção completa em saúde da mulher seria atender a mulher na sua integralidade e não fracionar a mulher. Porque o que acontece normalmente, é que ela é fracionada, quando se fala em saúde da mulher se pensa logo naquela parte feminina ... da maternidade, mas a mulher não é só isso. Ela também pode ter doenças que o homem tem, sofrer do coração, diabetes, ela pode ter doenças mentais, pode ter problemas psicológicos ... então para atendê-la integralmente é preciso atendê-la em todos os aspectos da vida humana..

Em 1984, o documento que divulgou a bases doutrinárias e programáticas do PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher afirmou:

Apesar da denominação freqüente de Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova ótica – a assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços, como um todo. (Brasil, 1984:14).

Esta linguagem, retraduzida para os dias atuais, pode situar enfoque de integralidade dentro do enfoque de gênero, embora a intenção naquela ocasião estivesse referida a todos os segmentos através dos quais se costuma abordar as ações de saúde, tais como mulheres, homens (?!), crianças, idosos entre outros.

Com o advento da discussão sobre equidade, muitos debates e fóruns vêm sendo produzidos, entre os quais o Encontro Latinoamericano “Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas”, realizado no Rio de Janeiro em 1999. Identificação e programação de estratégias puderam ser estabelecidas a partir de então para conferir maior visibilidade à discussão de gênero na área da saúde, trazendo-a para regiões e municípios. A inclusão da perspectiva de gênero na formulação de políticas públicas na América Latina é fundamental para o alcance de qualidade e viabilizar os princípios de equidade, integralidade nos serviços de saúde (Tajer, 2000).

Trazido para o campo dos serviços de saúde,

“o enfoque de gênero constitui uma das mais importantes contribuições para desnaturalizar e problematizar os fenômenos e os eventos ligados ao processo saúde/doença, ao questionar a assimetria das relações mediante a releitura de sua mediação cultural e sua determinação macroestrutural. Ele incide sobre vários níveis de exercício de poder que percorrem um largo espectro de âmbitos, que vão do macroespaço político e administrativo ao âmbito privado e íntimo das relações interpessoais. (Mérchán-Hamann & Costa, 2000).

Os autores trazem à tona exemplos de eventos e fenômenos, cuja interpretação e análise vêm sendo enriquecidas pela visão de gênero, como a violência doméstica, as questões reprodutivas e os fenômenos da inserção diferencial no mercado de trabalho, todos com influência nas condições de vulnerabilidade em saúde.

Quando se defende uma atenção diferenciada em saúde da mulher, pressupõe-se portanto, a integralidade e a equidade como princípios norteadores de políticas e ações de saúde. É perceptível uma sintonia nesta direção entre os conselheiros, embora nem sempre se expressem utilizando estes termos.

Procuramos saber, ainda de que forma os conselheiros imaginavam que se poderia obter *uma atenção à saúde da mulher mais qualificada*, ou seja, mais próxima do sentido de integralidade.

O Quadro IV apresentado no capítulo V, à página 109, apresenta uma síntese das sugestões agrupadas e identificadas por áreas de ação ou de intervenção nos serviços de saúde. Algumas das sugestões podem ser referidas à proposição organizada por Kehrig (2001), que foi descrita sucintamente no item 5.2 daquele capítulo, quando aborda a construção de um caminho para operacionalização do princípio de integralidade.

Quase todas as sugestões dos conselheiros são relacionadas no eixo de organização dos serviços, com concentração de atividades na área finalística, cuja manifestação é mais visível ao controle social. A autora em questão sugere alguns instrumentos gerenciais que não encontram resposta junto aos conselheiros entrevistados.

Na área gerencial, o problema dos recursos humanos e a falta de preparo para o trabalho norteado pelo princípio da integralidade são bastante transparentes para os conselheiros. Isto deixa claro que podemos falar em consenso quanto à necessidade de mudança de postura ética e profissional como pré-condição para concretização dos princípios doutrinários do SUS. Neste item ficam registrados com intensidade os problemas do preconceito e da discriminação para com o sexo feminino, ainda visíveis na civilização contemporânea, herança de uma cultura milenar.

Neste sentido, cabe lembrar que os direitos humanos das mulheres, embora reiteradamente violados das mais diversas maneiras e nos diferentes locais, as situações que os caracterizam não são consideradas violatórias aos direitos humanos, constatando-se que o sexismo presente na concepção de direitos humanos exclui as mulheres da condição de humanas (CLADEM, 1993). Isto também é verdadeiro no campo da saúde.

Então, se tu tiveres uma equipe multiprofissional, se isso for trabalhado adequadamente na unidade sanitária - os diferentes aspectos que compõem as carências humanas - tu vais ter condição de te aproximar um pouco mais da integralidade. (Coruja)

Parece relevante também a sugestão de sensibilização de mulheres para os problemas de mulheres, feita por um dos conselheiros. O acolhimento nas unidades de saúde e a vigilância da saúde também são instrumentos que contribuem significativamente para uma aproximação à integralidade em saúde.

Outras estratégias e recursos vinculados à gestão dos serviços de saúde foram sugeridos por conselheiros, como a articulação intersetorial e a atuação multiprofissional.

No que se refere à atenção direta à saúde, nota-se uma concepção bastante ampliada, recomendando o olhar mais global sobre as necessidades femininas, recuperando a focalização tradicional nas ações materno-infantil.

Nogueira (op cit.), avalia que a bandeira da integralidade na saúde da mulher, levantada há duas décadas consagrou um elo entre integralidade e equidade e isto ficou bem fixado nas mentes das pessoas, consolidando-se entre nós o sentimento de que estas categorias são indissociáveis. A negação da parcialidade na forma de prestar os cuidados de saúde expressa a integralidade, ao passo que a equidade nega a desigualdade. Por isso continuamos a acreditar que ambos constituem formas substantivas de combater certas práticas que negam a condição de cidadania. Remete-se a Touraine, que analisando a formação do sujeito na sociedade, entendeu que o uso da negação de certas condições estaria na base de, praticamente, todos os movimentos sociais, a exemplo do que ocorreu com o movimento de mulheres e o movimento sanitário na reforma sanitária.

E por fim, causa certa inquietação o fato de que, na percepção dos conselheiros, ao controle social, tal como se encontra constituído, não caberia qualquer estratégia ou ação que pudesse impulsionar a concretização da integralidade para a saúde da mulher.

Retomamos a proposição de Kehrig (op cit.) quando analisa que enquanto princípio político, a integralidade assume um corpo de valores sociais e ideológicos. Assim observada, afirma, ela se efetivará na dependência de seu avanço para fora dos limites dos discursos oficiais e que passe a ser um valor compartilhado com a sociedade.

Este é um papel que cabe prioritariamente ao controle social!

6.3. Perspectivas de potencialização do controle social

Observada do ponto de vista do Direito, a experiência da sociedade brasileira apresenta diferenciação da que é relatada pelos teóricos. Estes, segundo Dallari (1996), concebem uma evolução cronológica para o alcance dos direitos de primeira geração, entendidos como os direitos políticos e civis, e os direitos de segunda geração, ou seja, os direitos sociais. No Brasil, o que aconteceu foi uma superposição.

Assim, os atores sociais de hoje, onde podemos incluir o cenário dos conselhos de saúde, ao se expressarem sobre “cidadania”, o fazem relacionando-a tanto com as conquistas econômicas como as sociais, questionando a ausência de direitos sociais, como no caso da saúde, pela dificuldade de acesso, pela precariedade no atendimento, pelos problemas, enfim.

Mais uma vez recorreremos à Touraine, agora através de Dallari (op cit.), pela análise dos movimentos sociais que, ao atingir um nível mais alto de identidade e ação, o fazem a partir da expressão do seu conflito com a “orientação de gestão da sociedade”, o que equivale dizer que se dá pela oposição, pela expressão do negativo sobre a imagem que estes atores desejam tornar real. Isto alcança significado dentro do controle social do SUS pela construção de novos direitos a partir de grupos mobilizados em torno de alguma causa.

Benevides (apud Jacobi, 2000), chama atenção para a noção de “cidadania ativa”, no sentido de que o cidadão ou grupo de cidadãos ao exercer os seus direitos e verbalizar suas demandas, é também titular, ainda que parcialmente, de uma função ou poder público.

Neste processo, o Estado passa a internalizar os componentes reivindicatórios que constituíam as demandas e, de certa forma, se “confirma a soberania popular como elemento essencial da democracia” (Benevides apud Jacobi, 2000:18).

A “democracia legal” no Brasil, está muito bem representada no caso do controle social do SUS, tanto através dos conselhos de saúde como das conferências de saúde. Encontrando-se ainda em fase de construção, conforme foi possível observar no decorrer deste estudo, encaminha-se para o outro pólo, a “democracia participativa”. Jacobi (2000:23) utiliza o conceito de Held para conceituar este modelo:

O mesmo direito ao autodesenvolvimento pode ser alcançado numa sociedade participativa que promova a idéia de eficácia política, tenha preocupação com problemas de caráter social e contribua para a formação de uma cidadania qualificada, capaz de manter-se permanentemente interessada no processo de governo.

Deste modo, é necessário pensar que controle social desejamos e qual estamos construindo. Este tópico de encerramento discute, portanto, o futuro do controle social, através da visão dos conselheiros.

As reflexões a seguir são exemplos de instrumentos de *empowerment*, que, na percepção dos conselheiros entrevistados deveriam ser utilizados junto ao controle social para que possa, de fato, exercer o seu papel frente à sociedade.

Alguns conselheiros imaginam que a legislação representa um poderoso instrumento de empoderamento, e que necessita ser melhor utilizada:

Acho que ... quem é conselheiro, quem se propõe a ser conselheiro, deve no mínimo ler e conhecer a legislação. Se tiver a oportunidade de participar de treinamentos, deve agarrar com as duas mãos. (...) Conhecendo, a gente tem condições de contribuir muito mais, seja apresentando sugestões, seja cobrando o cumprimento da lei.(Gaivota).

O mínimo que os conselhos devem fazer, é verificar quais ações estão sendo desenvolvidas(...) e observar o que estaria faltando para corresponder às necessidades das pessoas, às leis e aos objetivos do Sistema Único de Saúde.(Gabi)

Outros relacionam o fortalecimento dos conselhos com processos de capacitação:

Devem ser oferecidas sistematicamente vagas para capacitação de conselheiros ... e para entidades ou órgãos que tenham interesse em participar do controle social. Quando uma entidade possui entre seus dirigentes ou associados alguém com conhecimento sobre certo assunto, existe um natural interesse em intervir naquele assunto. E quando aquela entidade obtivesse sua vaga (no conselho), teria alguém que não partisse do zero.(Mala Preta)

Creio que um processo de formação continuada e de implementação do apoio técnico, ambos sob tutela do Fórum Estadual de Conselheiros pode definir o fortalecimento do nosso segmento.(Mano).

A primeira coisa que há necessidade, nos conselhos é de capacitação dos conselheiros. Eles precisam ampliar seu aprendizado de uma forma sistematizada sobre o que é o SUS, qual é o papel do Estado, das políticas públicas, que tipo de representação eles detêm naquela esfera da qual fazem parte e como isto funciona, porque é muito ambígua essa questão da representação. (...) Enfim, em muitos casos, não se têm muita clareza a respeito do papel de cada um. Isso até melhorou bastante nos últimos anos, inclusive porque se tem trabalhado muito essa questão (...) As plenárias de conselheiros municipais de saúde têm trabalhado muito na capacitação de conselheiros neste sentido: no debate político e definição dos papéis. E é uma instância legal, porque mesmo não sendo tão institucional como os Conselhos, ela tem uma estrutura de plenária e é composta também nas instâncias subseqüentes. Isso é bom! (Coruja)

Beija-Flor acha que a atuação apropriada de um conselho, é a postura de reivindicação e de controle das responsabilidades do gestor, embora em outras falas tenha também se referido muitas vezes à importância do processo de capacitação para que o conselheiro exerça com consciência suas funções:

Cobrar os serviços e a realização das parcerias. Incentivar o gestor a buscar parcerias ... cobrando do gestor da saúde esta intersetorialidade, né? (...) temos que definir quais são as nossas prioridades, nós estamos tratando de uma política de saúde, estamos tratando de dinheiro!

Borboleta e Clara acham que a melhor maneira de tornar os conselhos mais qualificados para seu desempenho é dotá-los de informações e de método para o planejamento de suas ações:

No primeiro momento se fizesse um plano de ação, porque o conselho não tem claras suas diretrizes de atuação e sua função. Na minha cidade a primeira demanda é essa, fazer uma avaliação dos conceitos do SUS. Fazer levantamentos para determinar as necessidades e convocar os conselheiros para o

debate. É preciso primeiro conhecer, para depois estar propondo. Também precisamos discutir mais o orçamento. Temos muito a crescer.(Clara)

Um conselho municipal de saúde precisa ter informações sobre as pessoas que vivem naquela cidade: quantas são, quantas são mulheres, quantas são homens, qual a faixa etária delas, do que estão morrendo mais. Há uma dificuldade de informação nos serviços de saúde, justamente sobre porque as pessoas procuram os serviços, do que estão adoecendo mais. Em geral você encontra dados de mortalidade, mas sobre doença não. Esses dados são importantes porque de posse destas informações os conselheiros podem ir pensando sobre os serviços que aquele município está oferecendo. De posse das informações dá para ir planejando e ir sugerindo ao gestor, junto com o gestor, ir pensando o que se pode oferecer ... para as mulheres ou ...para todos. Quando existe alguma dificuldade específica naquele município, pelo tamanho e pela estrutura, então dá para ir juntando alguns municípios pra organizar os serviços, a oferta, de acordo com a complexidade e com as necessidades. E outra coisa é estar sempre informando as pessoas sobre seus direitos, sobre os serviços, onde elas podem encontrar o que precisam. O conselheiro pode ajudar, sim, a melhorar. (Borboleta)

E Sabiá lembra de uma prática de seu próprio conselho, vinculando a importância da articulação contínua do conselheiro às suas bases:

Cada um traz de sua comunidade os problemas existentes. Depois, como são realizadas reuniões em cada comunidade, com a presença de um conselheiro, aproxima-se o serviço de saúde ao usuário.(Sabiá)

Algumas considerações finais são feitas pelos conselheiros, avaliando o ponto onde se está e o percurso a seguir :

Acho que os conselheiros estão aprendendo o que é este novo papel, de participar, fiscalizar. Vivemos numa sociedade que passou por várias ditaduras, com uma história de coronelismo, de clãs na política e tudo isso é muito novo. O que pode facilitar este processo é a informação, muita informação e publicização de suas ações por parte do Estado.(Borboleta)

... e por outro lado, a saúde tem essa coisa boa, da democracia, que tanto vem sendo um pré-requisito, como deve ser um produto dos serviços. Eu acho que ninguém pode entrar num ambulatório, num hospital e sair como entrou. Isto no sentido de saber seus direitos, deveres e responsabilidades. Também não gosto desse negócio de direitos quando não se fala de responsabilidades. Então, eu acho que o que é preciso para os serviços de saúde ficarem ótimos é isso que ele está se tornando, por conta do controle social: um foco de construção de relações democráticas. Eu acho que estamos neste caminho, nos serviços de saúde.(Nísia Floresta).

Outra coisa necessária, e aí não depende só do conselheiro, e que realmente vai garantir o controle social do país, é o aumento do nível de organização da sociedade brasileira. Aí é uma questão de formação política do país, de como os cidadãos vão se organizar, como eles vão definir o seu papel enquanto cidadãos e a sua relação com o Estado, que tipo de disputa terá dentro da arena do espaço do Estado, a distribuição dos orçamentos e dos recursos para a implementação das políticas públicas, que sejam do interesse dessa ou daquela categoria, então, isso tudo é uma questão de desenvolvimento e organização da sociedade. Quando isso for possível, aí sim, por intermédio de um partido político, de um sindicato, da associação de moradores, dos movimentos culturais, dos segmentos marginalizados, excluídos - os grupos de portadores de deficiências ou de patologias, dos movimentos negro e de etnias diversas, de orientação sexual, do movimento feminista – enfim, toda essa multiculturalidade existente no país tem que se manifestar! (Coruja).

Alguns instrumentos de *empowerment* do controle social têm sido sugeridos na literatura, outros aprovados a partir de experiências em municípios diversos, sendo os mais importantes, no momento, para apoiar as sugestões dos conselheiros, os apresentados a seguir:

- A criação de um controle social mais próximo da população, através da criação dos conselhos gestores de unidades. A experiência tem demonstrado que os resultados são valiosos tanto para a ampliação da cidadania, como para a mudança de posturas de gestores de unidades e equipes de saúde.
- Os processos de capacitação devem ser desenvolvidos de modo continuado, descartando-se o espaço institucional como *locus* e a promoção direta do gestor. O aconselhável é a organização de fóruns próprios do controle social, com suporte através de orçamento específico para o controle social;
- A formação de comissões internas nos conselhos, por áreas de demanda, com agendas permanentes de discussão;
- A disponibilização de consultorias da área técnica (especialmente na área de avaliação e controle), por parte do gestor, mediante solicitação do conselho;
- A previsão de contratação de consultorias externas, mediante processo licitatório via gestor, para apoio aos conselhos em suas demandas prioritárias, desde que não haja disponibilidade dos técnicos nas secretarias;
- A previsão de contratação de assessorias na área de “advocacia em saúde”, específica para apoio a movimentos sociais (Dallari, 1996).
- A construção de uma agenda para os conselhos, incluindo a articulação com as bases de entidades representadas e com os conselhos gestores de unidades de saúde, se existentes;
- A articulação, através de mecanismos de rede entre as diferentes instâncias dos conselhos;
- A realização de eventos anuais para conselheiros de saúde, seja através de plenárias, conferências, seminários de avaliação ou fóruns de debates temáticos;
- A divulgação de atividades dos conselhos, através de mecanismos sistemáticos, a fim de conferir maior visibilidade ao controle social.

VII CAPÍTULO
CONSIDERAÇÕES FINAIS

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início, se impôs o desejo de avaliar a integralidade como um direito formal e legalmente obtido no âmbito da saúde, mas não concretizado. O que preocupava era a suspeita de que, embora a noção do direito à integralidade tivesse permeado todo o longo processo de construção do SUS, o princípio pudesse ter adquirido a concepção de intangível, resguardando-se, de certo modo, ao campo das utopias.

Isto, certamente justificou a escolha dos conselheiros de saúde como sujeitos do estudo, pois deles poderia advir a comprovação ou não da suspeita. No papel de representantes da sociedade civil na mesa de negociações com o Estado, possivelmente iriam refletir expectativas e frustrações, tanto sobre a política de saúde e seus princípios, quanto ao seu próprio processo, enquanto atores do complexo papel que desempenham.

A idéia, ao início do estudo, era a de dissecar o princípio, tornando-o tangível, pelo menos quanto ao seu significado. Entretanto, o caminho percorrido levou a um ponto de chegada diverso do esperado, pois o significado do princípio se ampliou, uma vez que configurou-se cada vez mais indissociável das noções de universalidade e de integralidade. Este, entre os temas que emergiram do estudo, apresenta-se como o mais relevante, embora inconcluso.

Ao encadear seus contornos, os princípios da universalidade, integralidade e equidade passaram a exigir novas reflexões, cujo teor tentamos introduzir, mas como se sabe, não é objeto deste estudo.

Os três princípios doutrinários, em correlação com a diretriz de participação popular, compõem um conjunto de preceitos estreitamente vinculados à noção de cidadania. Esta noção está assentada sobre outra que a precede, a de igualdade entre indivíduos. Esta igualdade, trazida à cidadania, então, passa a ser interpretada como igualdade de direitos.

Que direitos? Neste ponto começam os problemas, pois frente às iniquidades, os direitos tomam outra dimensão. O parâmetro para superar as desigualdades no campo social só pode ser dado por algo que ilumine o percurso, tornando transparentes as diferenças e as desigualdades. Estamos nos referindo ao princípio da equidade, que permitirá, através de certos instrumentos, conhecer necessidades a serem superadas e diferenças a serem respeitadas. Em seguida, será necessário estabelecer métodos para superação dessas iniquidades e este processo necessita ser orientado pelo princípio da integralidade.

Durante as conversas com os conselheiros, em seus depoimentos, quando abordamos a viabilidade do princípio de integralidade, surgiram conclusões na direção de que “você é quem vai dizer qual é essa integralidade possível”. Isto significa, que é necessário ter por referência o contexto no qual se vive. A integralidade é portanto, multifacetada e só pode ser formulada como conceito válido, para aquele momento e para aquele espaço ao qual se refere. É historicamente determinada, sim. Neste ponto se distingue da noção de universalidade, cujo valor é permanente e preciso.

A noção de integralidade é destinada à operacionalização, como instrumento da equidade. Já a universalidade é pré-requisito, no sentido dos direitos humanos.

Se o objetivo das políticas de equidade, é reduzir ou eliminar diferenças em saúde, resultantes de fatores considerados, ao mesmo tempo, evitáveis e injustos (WHITEHEAD, apud GIOVANELLA, 1995), estas, ao se materializarem através de ações, devem assumir a noção de integralidade. Em outras palavras, para superar as iniquidades e direcionar ações às raízes dos problemas, com intenção de diminuir riscos diferenciais (promoção em saúde), ou qualificar os serviços de saúde para atender às necessidades de cuidados que as iniquidades criam, estaremos nos norteando pelo princípio da integralidade, certamente.

Na concepção integral de saúde, as ações e serviços precisam ser vinculados à melhoria da qualidade de vida e isto a percepção dos conselheiros deste estudo deixou muito claro. Os conselheiros de saúde expressaram percepção ampla e consensual na compreensão de saúde completa, perfeita ou integral. Não foram encontradas diferenças expressivas quanto ao olhar entre os segmentos existentes nos conselhos.

A construção conceitual dos conselheiros está mais referenciada às reflexões teóricas de qualidade de vida (tendência que Mendes (1999), se referiu como aproximações positivas ao conceito), do que às afirmações de saúde como negação de doença ou das reflexões sobre os determinantes sociais do processo saúde doença.

Quanto ao tema saúde da mulher, podemos crer que possui pouca ou nenhuma visibilidade junto aos conselhos de saúde. O tema saúde da mulher não apareceu de forma espontânea junto aos conselheiros e quando solicitado, só se fez presente por conselheiras mulheres, nas instâncias estadual e nacional, inseridas no movimento de mulheres e/ou da saúde. A julgar pelos nossos resultados, contudo, podemos acreditar que, de modo geral, nas instâncias estadual e nacional deve ocorrer algum grau de inserção do tema, levando em conta a participação mais acentuada do movimento de mulheres, que consegue carrear as demandas até os espaços dos conselhos. Sendo observado neste estudo, também pode ser suposto para todo o país, por saber-se que existem vagas ocupadas pelo movimento de mulheres nas instâncias estadual e nacional nos conselhos. Na instância municipal, contudo, a situação é desconhecida. Certamente estudos de ordem quantitativa poderiam indicar com precisão estes dados, que são de interesse das organizações de mulheres voltadas à questão da saúde, orientando para estratégias de *empowerment* do movimento.

Costa, (1999) alerta para que os movimentos sociais, em especial o de mulheres, devam ocupar as instâncias institucionais do controle social da saúde, consolidando alianças com os demais setores da luta pela saúde. Isto é necessário para que tanto o SUS, quanto as políticas voltadas para a saúde da mulher possam garantir sua implantação plena, através da construção cotidiana, sendo assegurados com uma prática eficaz de controle e de pressão dos movimentos sociais.

Uma outra questão importante, desde o início do projeto, foi a consideração de que o princípio da integralidade tinha se aproximado de uma concretização através do PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, nos anos 1980. Um de nossos pressupostos era de que os conselheiros tivessem tido algum contato com o princípio, em razão deste precedente. Todavia, em nenhuma entrevista o PAISM foi mencionado espontaneamente, quando se abordou o princípio da integralidade.

O fato indica que, para os sujeitos de nosso estudo não há memória de correlação entre o princípio e o PAISM. Outros estudos poderiam observar a situação em outras realidades.

No nosso entendimento, considerando o histórico da reforma sanitária, pode-se avaliar que o PAISM constituiu uma experiência precoce, aplicada na efervescência da luta pelos direitos de cidadania no país, mas sem introdução de mudanças no plano institucional. Conseqüentemente, na transição, o projeto absorveu regras institucionais consolidadas no Ministério da Saúde, tal como a verticalização programática. Contraditoriamente, o que ele propunha era uma total mudança de posturas, também precoce frente à cristalização institucional em todas as esferas de governo.

Atualmente, com o processo de descentralização em curso e com o acúmulo de experiências diversificadas para formulação de novas posturas na atenção em saúde, os destinos de uma política de atenção integral teriam mais êxito. Entre as experiências valiosas para aplicação do princípio de integralidade, poderíamos citar os modelos de distritalização ou sistemas locais de saúde, as estratégias de humanização no atendimento, de vigilância à saúde e de acolhimento, e certas condutas adotadas no Programa de Saúde da Família.

Uma atenção em saúde diferenciada, direcionada à mulher, é muito bem aceita entre os conselheiros, e até considerada imprescindível devido à constatação de peculiaridades, diferenças e iniquidades de gênero. As políticas destinadas a certos segmentos, de modo geral, enquanto estratégias de focalização não foram debatidas com os conselheiros, tendo sido revisadas apenas no plano teórico, a partir da bibliografia consultada.

O que se verifica é que, na área de saúde, as limitações são enormes, tanto para a obtenção de uma “saúde integral” quanto para a “atenção integral nos serviços de saúde”. Assim, é evidente que prioridades precisam ser estabelecidas. As prioridades, via-de-regra, são direcionadas aos grupos mais vulneráveis, seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista de gênero (mulher) ou de faixa etária (criança, idoso), entre outros.

Neste ponto, partilhamos a opinião de Escorel (2001), pois a equidade requer a lógica da discriminação positiva: em um país como o Brasil as políticas equitativas implicam em distribuição orientada para privilegiar estes grupos sociais vulneráveis. Entretanto, não é possível perder de vista a universalidade dos direitos sociais, sob risco de não alcançarmos a equidade. Mais do que isso, pois corremos o risco de anular os princípios que orientaram a reforma sanitária e perpetuar a pobreza e a discriminação.

Com isso, queremos afirmar que estratégias de focalização podem ser adotadas, sempre que necessárias, mas para que não comprometam os princípios doutrinários do SUS, deveriam ser tomadas através de políticas cuja orientação se direcionasse à lógica do direito e não apenas da necessidade. Desta forma, seria necessário que se considerasse em conjunto os grupos vulneráveis e que se adotem estratégias de diminuição das iniquidades, para obtenção de melhores níveis de vida e de saúde. Isoladamente, os programas de focalização anulam a universalização desejada.

Ainda em relação ao princípio da integralidade, observamos através da revisão bibliográfica, que este tem sido, de fato, muito utilizado no plano discursivo, especialmente como norteador de políticas e estratégias do Ministério da Saúde. Mas, quanto à sua materialização e dos demais

princípios doutrinários do SUS, podemos apontar algumas dificuldades, com base tanto na percepção dos conselheiros como na bibliografia consultada:

- O contexto político e econômico, pelo qual o país tem passado após 1988, com políticas restritivas para a área social, onde se inclui a saúde, impede a realização dos princípios doutrinários do SUS;
- a falta de um norteamento mais preciso, de ordem conceitual, sobre os princípios da integralidade e da equidade é também, um fator limitante;
- a ausência de critérios definidos para reversão de iniquidades impede o avanço do princípio de integralidade, no seu âmbito finalístico;
- há falta de clareza sobre as responsabilidades dos gestores quanto ao compromisso com os princípios doutrinários do SUS;
- existe pouca visibilidade dos princípios nas instâncias municipais dos conselhos de saúde, sendo que há maior visibilidade dos mesmos na medida em que as instâncias ascendem;
- ainda há pouca visibilidade dos princípios como direitos sociais, junto à sociedade, sendo provavelmente mais debatidos no âmbito acadêmico;
- a “universalização excludente” (FAVERET e OLIVEIRA, 1990) configurou-se em um risco para todos os demais princípios, pois os inviabiliza, na dimensão em que foram formulados no processo da reforma sanitária.

Uma outra temática, sobre a qual tínhamos formulado um pressuposto, é referente aos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980. Para nós, eles configuravam-se como os determinantes na construção e institucionalização dos princípios do SUS e podemos afirmar que isso é um consenso que transparece na revisão bibliográfica. O que imaginávamos, além disso, é que esta força motriz, proveniente dos movimentos sociais, represente a alimentação do controle social, no que diz respeito à formulação de políticas de saúde mais universalizantes, equitativas e integrais.

Como se observou, pelas informações obtidas, os conselhos de saúde e, por extensão, o controle social, como um todo, encontram-se em construção e necessitam ser fortalecidos. Os relatórios de conferências e de outras análises, freqüentemente relatam que os conselhos, nos seus diferentes níveis, carecem de estrutura, de processos de capacitação e de assessoria para que possam vir a assumir as tarefas que lhes foram destinadas. O que se espera, e que ficou muito claro em vários depoimentos deste estudo, é uma postura mais ativa, por parte dos conselheiros, a começar pela apropriação e uso das informações, disponíveis em um volume considerável, porém subutilizadas.

As informações de saúde, atualmente são facilmente acessíveis através de *internet* ou dos conjuntos de instrumentos de controle e avaliação de gestão do próprio SUS, sendo que estes em sua maioria devem ser aprovados pelos conselhos, antes de serem emitidos aos níveis hierarquicamente superiores. Há indícios claros de que estas informações não são avaliadas do modo esperado por parte dos conselhos de saúde, e o motivo principal para isto é o grau de complexidade dos documentos, impróprios para análise e interpretação dos conselheiros de saúde. Em uma das conversas eletrônicas com nossos entrevistados, abordando este assunto, recebemos uma “advertência” de um conselheiro, criticando os instrumentos de controle e avaliação do SUS e a linguagem extremamente técnica e hermética que contém.

O problema que se coloca aí precisa ser resolvido, pois a subutilização das informações reduz a efetividade dos conselhos, pelo fato de impedir a apreensão dos problemas de saúde, de suas

determinações sociais, de sua localização geográfica e, conseqüentemente, a oportunidade de definir as prioridades em saúde. A definição de prioridades, com base nestes critérios, reduz a margem para definição de prioridades com base em critérios clientelistas. O conselheiro de saúde possui um papel de co-formulador de políticas de saúde e isto não se faz quando se concentra as atividades dos conselhos exclusivamente na análise de propostas orçamentárias e planilhas de gastos financeiros. A proposta orçamentária representa apenas um dos componentes das políticas de saúde e sua principal base deve ser epidemiológica, levando em conta a realidade de cada população. Para isso é necessário conhecer.

Como já alertou Cecílio(1997), tanto os dirigentes da organização como os trabalhadores de saúde e os usuários possuem seus “projetos políticos” individuais, o que deixa visível o grau de complexidade das relações existentes nos conselhos. E, diz ele, para que se exerça algum controle sobre um objeto é necessário que seja possível conhecer este objeto.

Então, não se trata somente de simplificar os instrumentos, mas também de conferir aos conselheiros o domínio das tecnologias de uso das informações, bem como a compreensão dos métodos de análise e de interpretação das informações. Isto pode ser obtido através de processos de troca de conhecimentos entre técnicos e conselheiros e alguns investimentos nesse sentido têm sido sugeridos, mas poucos realizados.

Um curso nacional de capacitação para conselheiros de saúde e para membros do Ministério Público, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde e apoiado financeiramente via Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) foi realizado entre 2001 e 2003. Avaliações preliminares quanto ao cumprimento das metas do curso, entretanto, indicam um nível de participação muito abaixo do esperado, em todo o território nacional.

Imbricado neste problema há um outro, que é o financiamento da capacitação, originário do poder executivo. Embora não ocorra vínculo direto, pois o processo foi concebido pedagogicamente e é administrado por um consórcio (FIOCRUZ/UNICAMP/ UFMG/UnB), há um subtendimento, no espaço dos conselhos, de que os gestores estiveram “instruindo” os conselheiros, o que provoca suspeitas. Esta observação advém da nossa prática pessoal, como partícipe do processo em Santa Catarina. Contribui para isto, a postura do Conselho Nacional de Saúde, muito distanciada das instâncias estadual e municipal, dando margem à interpretação equivocada de certos conselheiros, de que o CNS é um órgão do governo. Seria recomendável que o CNS avaliasse os fatores negativos que influenciaram a pouca adesão ao processo de capacitação e investisse em formas de aproximação aos conselhos estaduais e municipais.

Quanto às formas de capacitação, em uma direção mais coerente com as expectativas do controle social, existem diversas, e que poderiam ser utilizadas. Os movimentos sociais, hoje encontram-se organizados em entidades diversas, em grande parte através de organizações não governamentais (ONGs), algumas em redes e dotadas de infra-estrutura e de credibilidade para levarem à frente processos de capacitação continuada. Em Santa Catarina, a tradição de associação entre o movimento sanitário e o movimento popular pode facilitar este processo.

De certo modo, já ocorreu alguma atividade nesta direção, do lado do movimento sanitário, através do Fórum Popular Estadual de Saúde. E por parte do movimento de mulheres, através de eventos sobre controle social e gênero, promovidos pela Casa da Mulher Catarina. No entanto, não é o

bastante. Segundo pudemos compreender através tanto dos resultados obtidos neste estudo, como pela nossa vivência pessoal na área e pelas análises realizadas por outros autores é que, o que pode impulsionar verdadeiramente o controle social é a instalação de um processo contínuo de educação. Assim, sugerimos o estudo para articulação entre entidades interessadas no controle social em Santa Catarina, formando um núcleo permanente de assessoria aos conselhos de saúde.

Por outro lado, através dos instrumentos formais, como as plenárias de conselhos e as conferências municipais, poderão ser indicadas aos gestores, as necessárias providências sobre a infraestrutura dos conselhos, no mínimo sala e equipamentos que viabilizem seu trabalho ordinário, tal como reunião de comissões, por exemplo. A disponibilização de pessoal técnico para atender e esclarecer as dúvidas dos conselheiros é outro ponto a ser resolvido. A organização mista de conferências e outros eventos, incluindo técnicos e conselheiros também poderá produzir interfaces capazes de aprofundar os meios para proposição e controle das políticas e das intervenções de saúde.

Outras organizações e entidades, expressões nacionais do produto do movimento sanitário fora da esfera governamental, tais como o CEBES e a ABRASCO poderiam também dedicar-se com mais afinco ao controle social, destinando parte de sua produção em livros e periódicos a instrumentos de fortalecimento dos conselhos de saúde.

No âmbito da interpretação jurídico-legal, provavelmente em algum momento do futuro, Carvalho & Santos (1992) compreendem que o controle social poderia *estender-se* em outras manifestações de garantia do direito humano à saúde, que julgam, possam ser mais eficazes do que de resultados decorrentes da atuação dos conselhos de saúde, em razão de possuírem efeito preventivo e corretivo imediatos. Neste campo, situam *o cidadão* no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de saúde, considerando que quando a avaliação de desempenho do SUS deixar de constituir apenas uma tarefa de controle interno dos órgãos do Estado, o serviço público de saúde ganhará autenticidade, pois irá corresponder às necessidades reais da população (CARVALHO e SANTOS, 1992).

Outras questões referentes aos problemas de organização dos conselhos, especialmente aquelas relacionadas à representatividade e à construção do movimento inverso, de retorno às bases por parte dos conselheiros, só poderão encontrar solução nos espaços locais, através do amadurecimento democrático.

O controle social, por sua vez, através de sua experiência no setor saúde configura-se numa experiência digna de ser observada e reproduzida não só para outras experiências nas áreas de participação popular na gestão pública, mas também como *locus* de aprendizado das relações de enfrentamento e também de consenso entre o Estado e a sociedade.

No entendimento de Habermas (1987), o fortalecimento da autonomia do mundo e da vida exige que a dinâmica interna de subsistemas governados pelo poder e pelo dinheiro seja quebrada, ou pelo menos contida, por formas de organização mais próximas da base e autogestionárias. Para a área da saúde, a pressão que o controle social pode exercer sobre o Estado significa a maior garantia de que o projeto da reforma sanitária não se inviabilize.

Como último ponto a considerar, podemos afirmar que nossos objetivos foram alcançados e que a opção pelo método qualitativo foi a mais adequada para seu alcance. A abordagem dialética, por

sua vez, comprovou ser apropriada para analisar os dados obtidos e muito coerente com o tema trabalhado, por sua historicidade e por permitir o entendimento dos significados expressados a partir dos conselhos de saúde, com toda a diversificação de seus segmentos. A revisão bibliográfica ofereceu suporte inestimável para a reflexão dos temas principais que emergiram no estudo, subsidiando todo o processo de análise-reflexão-síntese necessário.

Entretanto, tendo utilizado o método qualitativo pela primeira vez, devemos destacar que as condições de aprendizado são árduas, principalmente pela contraposição à prática consolidada por anos de trabalho com análise de informações em saúde, estritamente quantitativa. Considero, portanto, que o aprendizado foi imenso, principalmente porque o método permite aprender, além de apreender. Não estamos nos referindo somente ao fato de apreender uma certa realidade, mas sobretudo de aprender através da fala do outro.

No capítulo IV, quando tratamos do método, foram feitas algumas considerações as quais gostaria de salientar neste momento. Entre as vantagens, a principal é a relacionada com a possibilidade de retorno ao entrevistado, mantendo o diálogo para além do momento da entrevista e permitindo, com isso, a chance de aprofundamento do tema, objetivo da pesquisa qualitativa. A gratificação com o método, neste caso, pareceu ser de mão dupla: à pesquisadora e ao pesquisado, pois várias foram as manifestações positivas referentes ao retorno do diálogo.

A utilização do instrumento visual, na pergunta sobre o significado de uma saúde completa foi também uma experiência enriquecedora, pois permitiu captar impressões mais autênticas sobre o conceito de saúde integral.

E, conforme sugerido por alguns dos entrevistados, esperamos que o trabalho não tenha finalizado aqui. Primeiro porque também consideramos fundamental que possamos, pesquisadora, orientadores, e conselheiros pesquisados, nos articular de algum modo, primeiro para debater os resultados e a análise final do estudo. E depois, porque o tema não se esgotou, conforme observamos: é preciso retomá-lo sempre, como também é necessário ampliar o debate.

Das utopias

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica das estrelas!*

(Mário Quintana)

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D.S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** Dissertação (mestrado) ENSP/FIOCRUZ, 1998.

ALBUQUERQUE, C. A situação sócio-econômica da mulher catarinense. **Jornal de Santa Catarina**, 10 e 11/03/1985.

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de atenção à saúde – Bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (orgs.). **Política de saúde e Inovação Institucional..** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

_____, Saúde nas reformas contemporâneas – In: TAJER, D, (Org.) **Saúde, equidade e gênero. Um desafio para políticas públicas.** 62-93. Brasília : Ed. Universidade de Brasília , 2000.

AQUINO, E. L. & COSTA A M. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira.- In: TAJER, D, (Org.) **Saúde, equidade e gênero. Um desafio para políticas públicas.** Brasília : Ed. Universidade de Brasília , 2000.

ARILHA, M. “Técnicas de Pesquisas com Grupos” (anotações do Curso de Metodologia da Pesquisa, Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva). NEPO/UNICAMP, 2000.

AROUCA, A. T. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: Guimarães (org.).**Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate.**, 147-154. Rio de Janeiro. Graal, 1978.

AROUCA, A S. S. Crise Brasileira e reforma sanitária. **Divulgação em Saúde para Debate** (4): 15-8, jun. 1991.

AROUCA, A S. S. Reforma sanitária. **Saúde em Debate**, (29): 8-9, jun. 1990.

AVILA, M.B. & CORREIA, S. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade. IN: Costa, S.H. & GRIFFIN (Org.) **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro, edições 70. Lisboa, 1977.

BARSTED, L.A L. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. **Revista de Estudos Feministas**, nº 2 (8-54), Rio de Janeiro: CIEC/ECOP-UFRJ, 1994.

BLAY, E.A. Gênero e políticas públicas ou sociedade civil, gênero e relações de poder. In: Silva et al (org.) **Falas de Gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

BRASIL. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. **Rev. Bioética**, 1996; 4:15-25.

BRASIL. . **Assistência integral à saúde da mulher : bases de ação programática**. Brasília, Ministério da Saúde/Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 27 p. Série B: textos básicos de saúde, 6. 1984.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. (D.O.U. 20/09/90). Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. **Modelo Assistencial no SUS - concepção e fundamentos, diretrizes e estratégias de implementação**. Brasília, Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB 96**. Brasília, Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/xml2html/xmlListT.php>. Acessado em 12 de janeiro de 2003.

BRASIL. **Guia de Referências para o Controle Social. Manual do Conselheiro**. Brasília, Ministério da Saúde: IEC, 1994.

BRASIL. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **O Ano da Saúde no Brasil: Ações e metas prioritárias**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação Básica do SUS**. Textos da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. 60 p. Série Histórica do CNS, nº 1, Brasília, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde**. Guia do Monitor. Brasília, 2002b. 106p.

CAMPOS, G.V. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: Merhy EE e Onoko R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____, **Reforma da Reforma**. Tese de doutorado, Campinas: FCM/ Universidade de Campinas, 1991.

CANESQUI, A. M. O Planejamento Familiar nos Planos governamentais. **Rev. Brasileira de Estudos de População**, vol.2 nº 2 julho/dezembro:1-20,1985.

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

CARVALHO, G. de C. M. **Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde em São José dos Campos**. São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Saúde Pública. USP, 1995b.

CARVALHO, G.I. & SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentário à Lei Orgânica da Saúde**. São Paulo: HUCITEC. 1992.

CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R.C. (org) **Serviços locais de saúde, construção de atores e política**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. P. 119-136.

CASTILHOS, C. Gênero e Políticas Públicas. In: Silva et al (org.) **Falas de Gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

CASTILHOS, C.; LUNA, M.E.P.; SCHERER, M.D.A. A noção da integralidade na atenção à saúde da mulher, segundo gestores, profissionais e usuárias do SUS em Blumenau, SC. In: Anais do V Congresso de Epidemiologia da ABRASCO, Curitiba, 2002.

CASTILHOS, C. & FEGHALI, J. Saúde: uma prioridade estratégica. **Revista Princípios**, 47, Nov/Dez, 1997; Jan. 1998, Especial Saúde, São Paulo, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2ª edição. São Paulo: editora Hucitec, 1997.

CLADEM. Comitê Latino-Americano para a Defesa dos Direitos da Mulher/ Brasil. **As Mulheres e a Construção dos Direitos Humanos**. 1993.

COELHO, A.R. **O urbano e o sanitário na globalização – estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis – SC**. São Paulo. Tese de doutoramento. Faculdade de Saúde Pública. USP, 1998.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCION DE LA SALUD. **Carta de Ottawa para la Promocion de la Salud**. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> > acessado em 10 de outubro de 2002.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. Viena, 1993. Disponível em: www.stamaria.marista.org.br/.../ ConferenciaInternacionaldeDireitosHumanosViena1993.doc acessado em 27 de maio de 2003.

CONTRANDIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org) **Avaliação em saúde, dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.29 -48.

CONTRANDIOPOULOS, A.P. & Pouvourville, G. **Entre construtivisme et liberalisme**: la recherche de une troisième voie. Rennes: École Nationale de Santé Publique, 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Conselho Nacional de saúde. 1. Brasília, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 33/92**. (mimeo), 1992.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Minuta substitutiva da Resolução 33/92. (mimeo), 2002.

CORREIA, M.V.C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA, A.M., MERCHÁN-HAMANN, E., TAJER, D, (Org.) **Saúde, equidade e gênero. Um desafio para políticas públicas**. Ed. Universidade de Brasília – Brasília, 2000.

COSTA, A. M. O PAISM: “Uma Política de assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada”. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo, 1992 (mimeo).

COSTA, A..M.- “AISM. QUO VADIS? Fundamentos Teóricos e Instrumentos de Coleta de Dados da Pesquisa” Brasília, NESP/UnB/ Fundação Ford. 1998 (mimeo).

COSTA, A.M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. IN: Costa, S.H. & GRIFFIN (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

COSTA, N.R. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90 – a agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (orgs.). **Política de saúde e Inovação Institucional**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

DALLARI, S.G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 12(4): 531-540, 1996.

DAL POZ, M.R. & PINHEIRO, R.(orgs) **A qualidade dos serviços de saúde e os espaços de controle social**. Saúde em movimento, 3. IMS/UERJ-COSEMS/RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

DANIEL, C. Gestão local e participação da sociedade. In; Villas-Boas, R. (org.) **Participação popular nos Governos Locais**. São Paulo: Pólis, 1994.

DA ROS, M.A. Fórum Popular Estadual de Saúde. Expressão catarinense do movimento sanitário para os anos 90. Trabalho apresentado para concurso de professor titular. Departamento de Saúde Pública/UFSC, Florianópolis, 1994.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo; Atlas, 1995.

DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA..Acesso em 26 de maio de 2003. Disponível em <http://www.prof2000.pt/users/dicsoc/soc_o.html. >

DONNANGELO, M.C. F. & PEREIRA L. **Saúde e Sociedade**. 2ª edição.São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ECO, H. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1983.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.

SCOREL, S. e GIOVANELLA, L. NUPES. Termo de Referência para elaboração de oficina de trabalho/VIII Congresso ALAMES, 2000. Acessado em setembro de 2002. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/lista.html>.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**.OPAS, 2001. Disponível em: www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf. acessado em 20 de maio, 2003.

FAVERET, P.F. e Oliveira, P.J. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, vol 33 (2), 1990, 177-334.

FIOCRUZ. **História da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. História das Conferências Nacionais de Saúde On Line. Disponível em: www.fiocruz.br/histconferencias/contexto8/html. acesso em 26 maio 2003.

FREEMANN, M. Direitos Humanos Universais e Particularidades Nacionais. Departamento de Governo e Centro de Direitos Humanos, University of Essex, Colchester,United Kingdon, acessado em 27 de maio de 2003. Disponível em: < http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/Estado/artigo12.htm#_ftn2; >

GARDUÑO ANDRADE, MA. Poros y grietas de los modelos de gestión en salud. In: (TAGER, D. *et all.* Org) **Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas**. Brasília :Ed. Universidade de Brasília., 2000.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, no 49-50, dez/95-mar/96, p. 13-22.

GOLDENBERG, Míriam. **A Arte de Pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 3ª edição. Rio de JaneiroSão Paulo: Editora Record., 1999.

GRISOTTI, M. PATRICIO, Z.M. e SILVA, A. **O SUS na avaliação de trabalhadores, usuários e conselheiros de saúde: um estudo de caso numa comunidade de Florianópolis**. Relatório Final ao CNPq. UFSC/ CCS/ Departamento de Enfermagem. Núcleo Transcriar, 2001.

- GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico.** Florianópolis. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.
- HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica: Para a crítica da hermenêutica de Gadamer;** tradução de Álvaro Valls – Porto Alegre: L&PM, 1987.
- HABERMAS, J. **Conhecimento e Interesse.** Tradução de José N. Heck. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara, 1987.
- HABERMAS, J. **Moral Consciousness and Communicative Action.** Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1996.
- IANNI, O, 1986. **Estado e Planejamento Econômico no Brasil.** 4º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- JACOBI, Pedro. A questão urbana – moradia e terra urbana; saúde; educação. In: **Movimentos Sociais em perspectiva.** Anais do Seminário O retorno do ator. França/Brasil. USP, São Paulo, 1991.
- JACOBI, P. **Políticas sociais e ampliação da cidadania.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 156p.
- KEHRIG, R.T. **Integralidade da atenção à saúde, suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde.** São Paulo, 2001. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Prática de Saúde da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.
- LABRA, M.E. & Figueiredo, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (3):537-547, 2002.
- LAURELL, A.C. La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sócio-políticas. **Cuadernos Médico Sociales**, 60: 4 - 18, 1992.
- LAURELL, A.C. Globalización y reforma del Estado. In: **Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas.** Costa, A., Mérchán-Hamann, E. e Tajer, D. (Orgs.). Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. 304p.
- LINHARES, L.B. In: **Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos.** Dossiês - Prefácio. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos: FUNUAP/Fundação Ford. São Paulo, 2001.
- LUZ, M.T. **As Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80.** Saúde em Debate (32): 27-32, jun. 1991.
- MACHADO, K. Vigilância e a distinção entre o cidadão e o consumidor. **Rev. Tema**, abr/mai 2002. 26:29.

MAGAJEWSKI, F. A história das Conferências de Saúde em Santa Catarina, 2000. Disponível em: <igspot.ig.com.br/pulo.denis/historiaconfsascatarina.doc> Acesso em 26 maio 2003.

MARTINS, C.H.B. Soroptimistas vão homenagear a mulher e “Dia Internacional da Mulher”, *Jornal O Estado*, 07/03/1982 **Jornal de Santa Catarina**, 08/03/1983.

MENDES, EV. (org) *et all.* **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: ____ (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993: 19-91.

MENDES, EV. (org) *et all.* **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: HUCITEC. 1998.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, MC de S. (org.) *et all.* **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 6ª edição, 1994 a.

MINAYO, MC de S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª edição. São Paulo/ Rio de Janeiro, Ed. HUCITEC-ABRASCO, 1994 b.

MULHERES reúnem-se no seu primeiro encontro. **Jornal de Santa Catarina**, 21/10/1980 .

MULHERES do PMDB exigem maior participação na política. **Jornal O Estado**, 09/03/1985

MULHERES: em luta por uma sociedade mais justa. **Jornal de Santa Catarina**, 27/04/1982.

NOGUEIRA, R.P. A impotência na equidade. In: (TAGER, D. *et all.* Org) **Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas.** Brasília :Ed. Universidade de Brasília., 2000.

NO SEU DIA, mulheres também vão à luta pelas diretas já! **Jornal O Estado**, 08/03/1984 .

NO OESTE, agricultoras clamam por seus direitos. **Jornal O Estado**, 09/03/1985 .

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Constituição da OMS/WHO, 1946. Centro de Informações das Nações Unidas em Portugal. Disponível em: <http://www.onuportugal.pt/oms> acessado em 27 de maio de 2003.

OSIS, M.J.D. **Atenção Integral à saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: história de uma intervenção.** Dissertação (mestrado) Campinas, São Paulo. UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1994.

OSIS, M.J.D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, 14 (supl 1): 25-32, 1998.

PAIM, J.S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: Rouquayrol & Almeida Filho (org), **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PATRÍCIO, Z. M.. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável:** uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Florianópolis, 1995. 215 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

PITANGUY, J. O movimento Nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. IN: Costa, S.H. & GRIFFIN (Org.) **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

POMERODE. Prefeitura Municipal de Pomerode. Lei Complementar nº 82/02 do Município de Pomerode, SC. 2002.

REDESAÚDE – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Controle Social, uma questão de cidadania. Saúde é Assunto para Mulheres,** São Paulo, 1998.

REDESAÚDE - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos. Dossiês.** São Paulo, 2001.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 13(1):81-92, jan-mar, 1997.

RIVERA, F.J.U. **Planejamento Estratégico Situacional.** (anotações do Curso de Especialização em Planejamento) ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1992.

RIVERA, F.J. U. **Agir comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 5ª ed. Rio de Janeiro. Medsi, 1999. 600p.

SANTOS, N.R. A Relação entre os Órgãos Executivos e o Conselho Nacional de Saúde na Gestão do SUS: um relato comentado. Conselho Nacional de Saúde, 2003. (mimeo).

SCHERER-WARREN, I. **Redes de Movimentos Sociais.** São Paulo. Edições Loyola, 1993.

SILVA & FORMIGLI. Avaliação em saúde : limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública,** v.10,n.1,p.80-89, 1994.

TAJER, D. (org.) **Saúde, Eqüidade e Gênero:** um desafio para as políticas públicas. Costa, A., Mérchán-Hamann, E. e Tajer, D. (Orgs.). Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. 304p.

TOURAINÉ, A. Sociologia da Ação: uma abordagem teórica dos movimentos sociais. In: **Movimentos Sociais em perspectiva**. Anais do Seminário O retorno do ator. França/Brasil. USP, São Paulo, 1991.

TRIVIÑOS, AN.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V. (org.) Participação Popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício de cidadania. Rio de Janeiro: Pares, 1993

WENDHAUSEN, A. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Florianópolis, 1999. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Versão PDF disponível em: <http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/Aguda.html>. Acessado em setembro de 2001.

VERSÃO Federal do PAS. Jornal **O Estado de São Paulo**, S. Paulo, 26 jul.1997, p.13.

VUORI, H. “A qualidade da saúde”. Trabalho apresentado no Seminário de Avaliação dos serviços de saúde- aspectos metodológicos. Rio de Janeiro, 1998. (mimeo).

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ACASP- ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE SAÚDE PÚBLICA
AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
CES - CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CNDM – CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA MULHER
DSP- DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
ECEN – ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL
MP – MINISTÉRIO PÚBLICO
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOB SUS – NORMA OPERACIONAL DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
ONGs – ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS
ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PAIS – PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
PAISM – PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRAIS À SAÚDE DA MULHER
PIASS – PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PMDB – PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO
REME – MOVIMENTO DE RENOVAÇÃO MÉDICA
SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFBa – UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UnB – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

ANEXO I

Formulário de Entrevista

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista nº: _____ Encontro _____

Local _____

Participante (codinome) : _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

1. Características dos sujeitos

Sexo: _____ Local de nascimento: _____

Idade: _____ anos Condição civil : _____

Nº de filhos _____

Procedência (Conselho de _____) instância: _____

Tempo de conselheiro _____ (anos) e _____ meses

Escolaridade _____ (grau) Formação profissional: _____

Profissão atual: _____ Local de Trabalho: _____

Carga horária diária de trabalho: _____

Outras atividades que considera importantes: _____

2. Perguntas norteadoras da entrevista

f) Como se tornou conselheiro e como acha que está seu conselho hoje?

g) O que significa para você uma saúde completa? Poderia dizer como os serviços de saúde podem ajudar a conseguir esta saúde completa?

h) Quais os temas mais frequentes nas pautas das reuniões do conselho? Lembra de algum assunto relacionado à saúde da mulher? Quais?

i) Você já teve contato com o que está nas Leis do SUS sobre os princípios? Conhece o princípio de integralidade? Como conheceu?

j) Como acha que os conselhos podem ajudar para que os serviços de saúde tenham melhor qualidade?