



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA E CIÊNCIAS
DA SOCIEDADE

WILLIAM ALMEIDA DE LACERDA

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO LOCAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais

CAMPINA GRANDE – PB
2005



MISSÃO: Formar cidadãos, mediante a produção e socialização do conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento educacional e sócio-cultural da Região nordeste, particularmente do Estado da Paraíba, em sintonia com o Plano de Desenvolvimento Sustentável Estadual.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário – Bodocongó 58109-753 – Campina Grande – Paraíba.

Fone: (0xx83) 3315-3300 – Ramal 18 – FAX : (0xx83) 3315-3386

E-mail: prpgp@uepb.rpp.br

Home Page: www.uepb.rpp.br

WILLIAM ALMEIDA DE LACERDA

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO LOCAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Sociedade. Área de concentração Políticas Sociais. Linha de Pesquisa Controle e Regulação Social, elaborado após a integralização curricular do Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade. Orientado por: Prof.^a Dr.^a Idalina Maria Freitas Lima Santiago.

CAMPINA GRANDE -PB

2005

WILLIAM ALMEIDA DE LACERDA

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO LOCAL DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE – PB: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Sociedade. Área de concentração Políticas Sociais. Linha de Pesquisa Controle e Regulação Social.

Aprovada em ___ de maio de 2005

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Idalina Maria Freitas Lima Santiago
(Presidente - Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima de Araújo Silveira
(1º Membro)

Prof. Dr. Orlandil de Lima Moreira
(2º Membro)

Prof.^a Dr.^a Margot Barbosa Schulze
(Suplente)

Dedico esta dissertação a todos os conselheiros comunitários de saúde, usuários dos grupos educativos e profissionais do PSF, que, na condição de sujeitos, participaram diretamente na realização deste trabalho, proporcionando a minha aproximação com o cotidiano de suas práticas e percepções.

AGRADECIMENTOS

É com imensa alegria que concluo este trabalho. Sei que muitos foram aqueles que, de certa forma, forneceram-me apoio, incentivos e importantes contribuições. Portanto, num gesto de reconhecimento, aqui registro a minha eterna gratidão...

A **Deus**, autor e guia de minha história, por ter me concedido sabedoria, proteção e esperança, haja vista que em vários momentos pensei que não iria conseguir terminar este trabalho. Agradeço pela força iluminada no meu caminho, com a coragem e a confiança que foram imprescindíveis para a conclusão de mais uma etapa de minha formação acadêmica;

À **Prof.^a Dr.^a Idalina Santiago**, orientadora deste trabalho, pela contribuição fundamental para sua realização, sempre preocupada com sua revisão cuidadosa;

À **Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Silveira**, que deu o parecer no meu projeto de pesquisa, com suas preciosas orientações e pela participação crítica e comprometida frente aos meus embaraços e tropeços;

Aos professores, **Dr.^a Maria de Fátima Silveira e Dr. Orlandil**, que atenciosamente atenderam ao convite para compor a Banca Examinadora deste trabalho;

À coordenadora do Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade, **Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes**, que me tratou com presteza e calorosa atenção;

À **Cristina Péret**, pelo carinho, paciência e a rica contribuição teórica para a construção final deste trabalho.

A todos os meus professores do Mestrado, pela rica contribuição teórica que me proporcionaram nesse processo de formação acadêmica;

Aos meus pais, **Francisco Lacerda e Francisca Cavalcante**, por tudo o que fizeram, com amor e dedicação, para que eu chegasse até aqui. Portanto, quero compartilhar com eles o mérito desta vitória!;

A **Marcos Neves**, com o qual sempre contei ao longo de toda a trajetória para a realização deste trabalho, principalmente na transcrição das entrevistas.

À Coordenadora do PSF, **Ana Fábria Motta**, por ter permitido a realização da minha pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde da Família;

À **Roseana Cavalcanti**, a quem sou muito grato pela dispensa das minhas atividades profissionais no período em que necessitei para conclusão deste estudo;

A todos os meus amigos, principalmente aos colegas de curso que, direta e indiretamente, também contribuíram para a elaboração deste trabalho.

LACERDA, William Almeida de. A Participação Popular na Gestão Local do Programa Saúde da Família em Campina Grande – PB: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais

RESUMO

Neste trabalho apresentamos um estudo acerca da participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família (PSF), no município de Campina Grande-PB, na ótica de três segmentos: conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais do PSF. A partir de uma abordagem histórico-conceitual acerca da tríade: Políticas de Saúde no Brasil, Participação Social e PSF, refletimos sobre o processo de constituição da participação popular na política de saúde brasileira, especificamente no âmbito do PSF. Realizamos a pesquisa em duas Unidades Básicas de Saúde da Família dos bairros Pedregal e Tambor e, respectivamente, nos seus Conselhos Locais de Saúde (CLS). Entrevistamos quatorze sujeitos, distribuídos em seis profissionais, quatro conselheiros e quatro usuários. Desenvolvemos tal pesquisa numa perspectiva descritivo-analítica, através de uma abordagem qualitativa, tendo como técnicas de coletas de dados a entrevista semi-estruturada e a observação direta. Realizamos o processo de sistematização e análise dos dados a partir do estabelecimento de categorias, seguindo o método análise de conteúdo, em Bardin (1977). Os resultados indicaram um significativo avanço no processo de participação popular na gestão das ações do PSF, referendados pelos seguintes aspectos: bom nível de participação dos conselheiros comunitários de saúde, traduzindo-se na discussão, elaboração de propostas e encaminhamento das questões específicas no campo da saúde e nos demais problemas existentes na comunidade; efetividade da participação dos Grupos Educativos nas ações do PSF, na perspectiva de inserção social dos usuários como sujeitos no processo saúde-doença. Porém, observamos algumas limitações: a não participação dos comunitários representantes do CLS no planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF; dificuldade do CLS em estabelecer interlocução com os comunitários, referendada pela falta de participação da comunidade em suas reuniões; não atendimento das solicitações dos conselheiros e usuários referentes à maior quantidade de medicamentos básicos para suprir a demanda comunitária; e falta de capacitação permanente para os profissionais. Face aos dados obtidos, consideramos que a experiência desenvolvida pelo PSF assume dimensão de fundamental importância no campo da saúde pública, pois, na medida em que os CLS e os Grupos Educativos agregam lideranças e pessoas da comunidade no enfrentamento do processo saúde-doença, configuram-se como mecanismos para a construção da participação popular, viabilizando na prática o objetivo da democracia participativa na gestão local do PSF.

Palavras-chave: Participação Popular, Gestão e Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

In this work we presented a study concerning the popular participation in the local administration of the Programa Saúde da Família (PSF) (Health of the Family Program) (PSF), in the municipal district of *Campina Grande-PB* (Brazil), in the optics of three segments: community counselors of health, users and professionals of PSF. Starting from an approach report - conceptual on the triad: Politics of Health in Brazil, social Participation and PSF, we contemplated on the process of constitution of the popular participation in the politics of Brazilian health, specifically in the ambit of PSF. We accomplished the research in two Basic Units of Health of the Family of the districts, Pedregal and Tambor, respectively, in your Local Council of Health (CLS). We interviewed fourteen subjects, distributed in six professionals, four counselors and four users. We developed such research in a descriptive-analytic perspective, through a qualitative approach, tends as techniques of collection of data the semi-structured interview and the direct observation. Sistematizamos e analisamos os dados, a partir de três categorias, seguindo o método de análise de conteúdo, em Bardin (1977). The results indicated a significant progress in the process of popular participation in the administration of the actions of PSF, countersigned by the following aspects: good level of the community counselors' of health participation, being translated in the discussion, elaboration of proposals and direction of the specific subjects in the field of the health and us other existent problems in the community; effectiveness of the participation of the Educational Groups in the actions of PSF, in the perspective of the users' social insert as subjects in the process health-disease. However, we observed some limitations: the community representatives' of CLS non participation in the planning of the actions developed by the teams of PSF; difficulty of CLS in establishing dialogue with the community ones, countersigned by the lack of the community's participation in your meetings; non attendance of the counselors' solicitations and referring users to the largest amount of basic medicines to supply the community demand; and lack of permanent training for the professionals. Face to the obtained data, we considered that the experience developed by PSF it assumes dimension of fundamental importance in the field of the public health, because, in the measure in that CLS and the Educational Groups join leaderships and the community's people to face the process health-disease, they are configured as mechanisms for the construction of the popular participation, making possible in practice the objective of the democracy in the local administration of PSF.

Keywords: Popular Participation, Administration and it Programs Health of the Family.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
BIRD - Banco Interamericano de Desenvolvimento
C - Conselheiro
CAPS(s) - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS - Centro de Atenção psicossocial
CENTRAC - Centro de Ação Cultural
CLS - Conselho Local de Saúde
CG - Campina Grande
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
FHC - Fernando Henrique Cardoso
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MISC - Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade
MS - Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
P - Profissional
PB - Paraíba
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PISUS - Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SAB(s) - Sociedades de Amigos do Bairro
SEPLAM - Secretaria Municipal de Planejamento e Meio Ambiente
SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STTP - Superintendência de Transporte Público

SUCAM - Superintendência de Campanhas Sanitárias

SUS - Sistema Único de Saúde

U - Usuário

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
1.1 O enfretamento da problemática da saúde como expressão da questão social: a intervenção do Estado no campo das políticas de saúde	26
1.2 A Constituição Federal de 1988 e a consolidação do Sistema Único de Saúde	38
1.3 O Programa Saúde da Família: uma das estratégias operacionais para reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde	45
CAPÍTULO II – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E GESTÃO	54
2.1 A participação social na gestão das políticas públicas	54
2.2 A participação e controle social no Sistema Único de Saúde: a particularidade do processo no Programa Saúde da Família	66
CAPÍTULO III – A PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: A EFETIVIDADE DO PROCESSO NA CONCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS COMUNITÁRIOS E PROFISSIONAIS DO PSF	76
3.1 A dinâmica interna de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde	76
3.2 A importância dos Conselhos Locais de Saúde para a comunidade	79
3.3 Os Conselhos Locais de Saúde como fortalecimento democrático no espaço comunitário: propostas dos conselheiros	81

3.4 Níveis e formas de participação dos Conselhos Locais de Saúde nas ações desenvolvidas pelo PSF	85
3.5 A relação do PSF com os Conselhos Locais de Saúde: incentivo à participação popular na construção de um novo modelo alternativo de assistência à saúde	89
3.6 A relação dos Conselhos Locais de Saúde com o Gestor Municipal	96
CAPÍTULO IV – PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A PARTICULARIDADE DO PROCESSO NOS GRUPOS EDUCATIVOS, NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS	102
4.1 Serviços/ações oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde do PSF: Grupos Educativos em saúde	102
4.2 O estímulo à participação dos usuários nos Grupos Educativos do Programa Saúde da Família	106
4.3 Níveis e formas de participação dos usuários nos Grupos Educativos do PSF: concepção dos profissionais	109
4.4 A efetividade da participação nos Grupos Educativos do PSF: concepção dos usuários	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÊNDICE	132

INTRODUÇÃO

As políticas e as instituições de saúde no Brasil desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e estabilização da ordem sócio-histórica brasileira. Ajudaram mesmo a modelar certos traços estruturais dessa ordem, entre os quais a tendência à concentração de renda e de poder e a exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural. Como aponta Luz (1991), as políticas públicas no Brasil mantiveram, desde sua origem, traços antidemocráticos sendo suas raízes localizadas na estrutura social vigente, fundido-se nela, de forma conciliatória, interesses objetivamente contraditórios entre si.

Segundo Péret (2001), a concepção predominante em nosso país sustenta-se na visão negativa de saúde, vinculada à doença e a morte, gerando, conseqüentemente, elementos ideológicos voltados para ofertas individuais de serviços, especialização e curativismo. A análise dos fatores condicionantes de saúde aponta em geral para uma maior valorização dos determinantes micro-epidemiológicos (individuais) e pouca ênfase aos macro-epidemiológicos (coletivos). No nosso entendimento, esta última forma de abordar a questão é relevante, pois relativiza sem tirar importância dos fatores individuais o papel das intervenções médico-sanitárias, na transformação dos perfis de saúde da população.

Os diferentes governos vêm historicamente representando o papel de porta-vozes das classes dominantes, por vezes cooptando as massas, ou incorporando suas demandas, na medida dos interesses do capital. O Estado brasileiro tem servido ao nosso ver de suporte para a reprodução do capital privado, freqüentemente em nome do desenvolvimento econômico. Como coloca Paim (1996), o nosso Estado não tem sido eficiente em garantir o direito à saúde. Entre a saúde da economia e a saúde da coletividade, opta usualmente pela primeira.

No momento atual, convivemos com uma estrutura de serviços fortemente segmentada e discriminatória, restrições orçamentárias no campo das políticas públicas que se agravam pela política neoliberal adotada a partir do governo Fernando Collor de Mello (1990-1992) e, em seguida, intensificada com a “*Reforma de Estado*”, promovida pelo governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, eleito por dois mandatos (1995-2002).

A concepção neoliberal assumida por esses governos colocou em pauta a discussão sobre o papel do Estado, advogando o Estado mínimo como principal regulador da ordem econômica, trouxe embutido, também, o discurso de que cabe ao cidadão a autonomia e responsabilidade com a sua própria vida, aí incluídos os cuidados com a saúde. A partir dessa concepção individualista, o Estado vem procurando reduzir os gastos com as políticas públicas, estimulando, em particular, a mercantilização do setor saúde e assumindo a concepção patrocinada pelo Banco Mundial, em que a sua atuação deverá está voltada para a garantia do pacote mínimo de serviços essenciais, dirigidos para os comprovadamente pobres. Seria então o que chamamos de “*cesta básica*” da saúde, cabendo ao setor privado o provimento dos atendimentos mais complexos à população de maior rendimento e ao Estado, responsabilidades apenas com procedimentos mais simplificados, que não interessam ao setor privado oferecer, seja por falta de rentabilidade, ou seja por elevados custos.

Essa concepção colide flagrantemente com o preconizado na Constituição Federal de 1988, e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quanto à universalidade de acesso do cidadão a todos os serviços de assistência à saúde, equidade, integralidade da assistência e participação popular. Há mais de 20 anos de luta, o movimento sanitário garantia a proposta de um sistema de saúde, mesmo contrariando alguns setores que vêem nele um perigo para a medicina mercantilizada, como o Banco Mundial que tem reiteradamente desenvolvido projetos propondo novas formas de organização da saúde no

Brasil, de forma a diminuir ou reestruturar o gasto público, reduzindo o papel do Estado no campo da saúde e criando níveis socialmente diversificados de assistência à saúde.

Foi nesse contexto que as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) assumiram, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Evidenciava-se no discurso oficial que o modelo de assistência à saúde, centrado na estrutura médico-hospitalar, esgotou suas possibilidades de responder com eficácia à crescente demanda da população. Nesse sentido, o PSF foi apresentado, no governo FHC, como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial hegemônico.

O PSF está estruturado como uma das ações incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e previsto pelo Ministério da Saúde, que vem sendo implantado, nos últimos anos, nos municípios brasileiros. Constitui-se não como um modelo para atender somente regiões pobres e famílias ou comunidades excluídas, embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde, mas como uma política de fortalecimento dos princípios propostos pelo SUS. Contudo, a prioridade de atendimento do PSF recai em regiões de maior risco social. Para tanto, sua atuação baseia-se na concepção de que as unidades de saúde devem oferecer cuidados de atenção básica à comunidade, aproximando-se dos usuários, estendendo os serviços para as localidades onde não estão disponíveis e introduzindo a assistência à saúde no espaço-domicílio.

Em Campina Grande-PB, o PSF foi implantado em 1994, através da Secretaria Municipal de Saúde, inserido no Plano Municipal de Saúde, de acordo com as prioridades e dados epidemiológicos, como a mortalidade materno-infantil, mortalidade proporcional por doenças infecto-contagiosas e o percentual de crianças que nascem abaixo do peso. A referida cidade foi uma das pioneiras em nível estadual a assinar o convênio. Inicialmente, apenas três bairros foram contemplados: Pedregal (com três equipes mínimas), Multirão do Serrotão (duas equipes) e Tambor (uma equipe). A partir de 1995 o município implantou o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em vários bairros, passando os agentes comunitários de saúde a atuarem de forma integrada com o PSF. Cada equipe passou a contar com três agentes comunitários de saúde e a atender de 600 a 1000 famílias, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, até 2002 a cidade contava com 31 equipes. Hoje já são 50 equipes que cobrem 36% da população do município. Atualmente, o PSF vem se consolidando através do projeto de expansão das equipes (SMS, 2003).

Em todas as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são prestados atendimentos no que se refere a consultas, vacinação, atendimentos de pré-natal, curativos, nebulização, entre outros. Mas, uma das inovações trazidas pelo PSF refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação popular e o controle social. Esses mecanismos se consubstanciam tanto na sua co-gestão através da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde, quanto na própria metodologia e seu processo de trabalho. Um aspecto presente na proposta original do PSF é propiciar a efetiva organização da população local, como forma de favorecer a mobilização comunitária, divulgar sua proposta de trabalho e facilitar a inserção da equipe na comunidade.

A aproximação com a população se processa através de várias estratégias, que vão desde a abordagem diferenciada no cuidado individual até o incremento das reuniões e práticas sócio-educativas com os grupos de usuários e com a própria comunidade. A visita domiciliar é uma das estratégias importantes de aproximação com as famílias. Dentre essas estratégias, destaca-se como aspecto metodológico fundamental na organização da equipe de saúde da família a reunião mensal com os Conselhos Locais de Saúde, compostos por representações existentes na comunidade, tais como Clube de Mães, Sociedade Amigos de Bairro (SAB's), Igrejas, Escolas, representantes da Unidade de Saúde da Família, Associação de Moradores, entre outras.

Nesse sentido, reportamo-nos às recomendações de Carvalho (1995) e Sousa (2002), quando assinalam que a participação popular relaciona-se à democratização da saúde e se vincula à reivindicação ao acesso universal e igualitário aos serviços e ao poder. Tem, também, o sentido de luta e contestação, tendo em vista que os problemas relacionados ao mau funcionamento do sistema são solucionados por meio da organização, mobilização, denúncia e pressão, viabilizados pela participação direta de vários segmentos sociais de grupos locais de saúde vinculados às unidades de prestação de serviços na área. A idéia básica é que a população excluída ou subalternizada tenha acesso aos serviços e ações de saúde:

[...] A participação tem então o formato e o sentido de resistência à exclusão social, bem como o significado de integração de múltiplas formas de ação coletiva voltadas para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo. Nesse contexto, a saúde e as práticas sanitárias se tornam instrumentais em relação aos objetivos políticos (SOUSA, 2002, p. 75).

Bravo (2001) coloca que a participação é uma ação desempenhada por comunidades no enfrentamento dos desafios cotidianos, na medida em que a população planeja, fiscaliza e avalia a política de saúde local, o que significa a gestão participativa nas políticas públicas de saúde.

Entendemos que gestão, no campo da política de saúde, implica a ação gerencial que se desenvolve em cada esfera de governo por meio da integração negociada entre o gestor público e a sociedade civil. Isso pressupõe o estabelecimento de estratégias que garantam a inter-relação constante entre o poder público e os cidadãos, quais sejam: instituição e funcionamento de conselhos com representação paritária entre governo e sociedade; instituição e fontes de funcionamento de recursos que propiciem visibilidade e controle social; planejamento de ação, destacando a definição das prioridades e o estabelecimento de metas factíveis; execução, monitoramento, avaliação das ações e relatório de gestão (BRASIL, 2000).

Quando nos propusemos analisar a participação popular na gestão local do PSF, em especial a experiência desenvolvida em duas comunidades no município de Campina Grande-

PB, tivemos a preocupação em aprofundar os conceitos de participação e gestão, norteadores do estudo em questão. Assim, a participação e gestão, por parte dos conselheiros, usuários e profissionais, são aqui trabalhadas, especificamente no que dizem respeito aos aspectos da frequência, proposição/reivindicação, planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF, na perspectiva de construção da cidadania ativa.

Nessa perspectiva, Benevides (1998) faz uma distinção entre a cidadania passiva e ativa, partindo da concepção de que a cidadania passiva é aquela instituída e outorgada pelo Estado, e uma cidadania ativa é fruto da conquista da sociedade civil organizada, que não só reconhece direitos e deveres, mas que constrói direitos:

Distingue-se portanto, a cidadania passiva – aquela que é outorgada pelo Estado, como idéia moral da tutela e do favor – da cidadania ativa, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES, 1998).

A partir dessas considerações, surge a necessidade de refletirmos sobre algumas questões: como se dá a capacidade propositiva do Conselho Local de Saúde na formulação, efetivação e avaliação das ações desenvolvidas pelo PSF? Quais as possibilidades de avanços no tocante à participação dos usuários nas ações desenvolvidas pelos Grupos Educativos do PSF? Como os profissionais expressam suas percepções sobre o nível de participação dos usuários inseridos nos Grupos Educativos e dos conselheiros comunitários de saúde nas atividades desenvolvidas pelo PSF?

Em face desses questionamentos, buscamos no processo investigativo responder ao pressuposto central que consiste em verificar se o PSF em duas comunidades de Campina Grande-PB, vem se constituindo em uma estratégia de reestruturação da atenção básica à saúde, permitindo a efetiva participação comunitária na gestão de suas ações, ou, ao contrário, vem reproduzindo o modelo biomédico através de ações pontuais e focalizadas junto às populações, sem considerar o aspecto da participação popular.

A decisão de adotarmos o PSF como foco de investigação assentou-se sobre três pilares. O primeiro diz respeito ao confronto atual existente entre as possibilidades de rumo que este programa pode tomar: de um lado, priorizando ações de proteção e promoção da saúde, inclusive com a participação da comunidade, consolidando-se como uma das estratégias de reorientação da atenção básica à saúde no âmbito do SUS; de outro, pelo desenvolvimento de ações focalizadas e pontuais para atender às populações vulneráveis com ênfase na participação compensatória, sem reconhecer os direitos sociais. O segundo deveu-se ao fato de o PSF apresentar-se, na concepção de vários segmentos sociais, como projeto piloto sanitário “*alternativo e inovador*”, reunindo diferentes atores em sua construção social. O terceiro é a tentativa de ampliarmos o estudo direcionado ao Programa Saúde da Família, em razão das possibilidades trazidas do Estágio Supervisionado em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), o que nos possibilitou uma primeira aproximação reflexiva acerca do referido programa, cujo resultado está abordado e sistematizado no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O presente estudo encontra-se inserido num amplo campo para investigações, tratando de uma temática bastante atual. Destacamos que os estudos produzidos sobre o PSF têm dado ênfase aos aspectos relativos à avaliação de sua estrutura e funcionamento; à reorganização e estruturação dos serviços de atenção básica à saúde no Brasil (VIANNA & DAL POZ, 1988 apud TEIXEIRA, 2002); e à avaliação da satisfação de usuários (TRAD et al, 2002). Contudo, esses estudos não consideram o aspecto da participação efetiva da população na gestão das ações do PSF, analisado a partir da ótica dos profissionais, usuários e conselheiros comunitários.

Visando a superar essas lacunas identificadas na literatura e tentando encontrar respostas possíveis ao problema deste estudo, nossa pesquisa objetivou analisar a percepção dos conselheiros comunitários de saúde, profissionais e usuários do Programa Saúde da Família

acerca da participação popular, especificamente em dois bairros de Campina Grande: Pedregal e Tambor. Dessa forma, foram arrolados os seguintes objetivos específicos: identificar o processo de participação dos conselheiros comunitários de saúde na proposição, efetivação, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo PSF; identificar o nível de participação dos usuários nas ações desenvolvidas pelos Grupos Educativos do PSF?; e investigar, a partir da percepção dos profissionais, como se dá o processo de participação dos usuários inseridos nos Grupos Educativos e dos conselheiros comunitários de saúde nas ações desenvolvidas pelo PSF.

A pesquisa foi estruturada a partir de um estudo analítico-descritivo, com uma abordagem essencialmente qualitativa. A opção pelo estudo qualitativo parte da compreensão de que ele trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes dos atores entrevistados, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações e dos fenômenos que não podem ser traduzidos à operacionalização de variáveis definidoras dos estudos quantitativos. Para Minayo (1994, p. 10), o método qualitativo é entendido “*como aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais*”. Nesse sentido, por ser este um estudo que se propõe a trabalhar no nível das percepções e da constituição de práticas, considerando um dado contexto, coloca-se no interior das propostas qualitativas.

Sendo assim, no processo de realização de nossa pesquisa, inicialmente fizemos um levantamento exploratório na Secretaria Municipal de Saúde a fim de localizar as Unidades Básicas de Saúde e delimitar os participantes da pesquisa, bem como formalizar a autorização para proceder tal investigação. Constatamos que, em Campina Grande, existem 50 equipes do Programa Saúde da Família. Tendo como referência esse universo, foi eleita uma amostragem intencional composta de quatro equipes, sendo assim distribuídas: três na Unidade Básica de Saúde da Família no bairro Pedregal e uma no Tambor, com seus respectivos Conselhos Locais de Saúde, espaços integrantes das ações do PSF. Para seleção das unidades de saúde

contempladas no estudo, consideramos como requisitos: o tempo de atuação no município, especialmente, aquelas pioneiras, e a existência, em suas áreas de abrangência, de Conselhos Locais de Saúde. Vale ressaltarmos que existem duas equipes do PSF no bairro Tambor, mas apenas uma delas é pioneira.

Compõem o universo de nossa pesquisa o segmento dos conselheiros comunitários com assentos nos Conselhos Locais de Saúde, profissionais das equipes que atuam nas unidades básicas do Programa Saúde da Família e usuários dos Grupos Educativos das respectivas unidades. Tendo em vista a dimensão deste universo populacional, elegemos uma amostra (intencional) constituída por sujeitos estrategicamente escolhidos em razão do expressivo papel que ocupam no contexto do estudo em questão. Sendo assim, a população eleita para nossas entrevistas foi constituída da seguinte forma:

Segmento de profissionais: 06 (seis) sujeitos, assim distribuídos: 2 (dois) assistentes sociais, 2 (dois) enfermeiros, 2 (dois) médicos, respectivamente um por cada bairro. Como o universo dos profissionais que atuam nas equipes do PSF é grande, estabelecemos critérios para a escolha desse segmento: nível de escolaridade superior; tempo de atuação no programa; profissionais que conduzem o processo metodológico dos Grupos Educativos e que participam das atividades dos Conselhos Locais de Saúde.

Segmento de usuários: 4 (quatro) sujeitos dos Grupos Educativos, sendo respectivamente dois por cada bairro. Quanto ao critério para escolha desse segmento, consideramos os usuários desses grupos por caracterizarem-se pela progressiva substituição da demanda espontânea pela demanda programada, na medida em que esses grupos são estrategicamente formados com um objetivo determinado, seja por patologia, ou por uma faixa etária, ou por um algum trabalho que a equipe queira desenvolver, mediante reuniões sistemáticas realizadas no espaço interno das unidades de saúde. Para seleção dos usuários desses grupos, optamos por pessoas que

apresentam, segundo relato dos profissionais das unidades de saúde, uma participação mais efetiva e assídua nos encontros dos grupos.

Segmento de conselheiros: 4 (quatro) sujeitos com assentos nos Conselhos Locais de Saúde, sendo respectivamente dois por cada bairro. Incluímos tal segmento para efeito de nosso estudo por considerá-lo, pelo menos em tese, como sujeitos que promovem a participação e o controle social. Quanto ao critério para escolha dos conselheiros, levamos em conta o expressivo papel que ocupam no âmbito comunitário, enquanto lideranças representativas dos movimentos comunitários, quais sejam: Associações de Moradores, Sociedade Amigos de Bairros, Clube de Mães, entre outros. Para realizar tal processo, participamos de uma reunião em cada conselho, objetivando solicitar verbalmente aos presentes a disponibilidade em participar da pesquisa, ficando nessa ocasião agendadas as entrevistas.

A somatória da amostra selecionada totalizou **14** sujeitos. Sabemos que o número de pessoas escolhidas não constitui uma amostra representativa no sentido estatístico, mas sim em sentido qualitativo, considerando-se que os discursos dos entrevistados serão profundamente analisados. Entendemos que cada indivíduo é a soma de suas relações sociais, detendo particularmente o modo de pensar da cultura a que pertence. Para isso, valemo-nos das recomendações de Paro (1995, p. 28):

[...] por menor que seja a representatividade de um indivíduo em relação ao conjunto, o importante é que ele valha pela sua ‘exemplaridade’. O fato de, no caso em estudo encontrar-se presente determinado fenômeno ou particularidade do real, não significa que tal ocorrência seja generalizada; nem se trata de prová-lo. Trata-se, isto sim, de procurar a ‘explicação’ adequada para tal ocorrência, o que nos permitirá dizer apenas que, em acontecendo tal fenômeno, sua explicação é a que oferecemos ou na qual apostamos. (Grifos do Autor).

Em conformidade com as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mesma resolução e com o Termo de Compromisso do Pesquisador, foram cumpridas todas as normas e diretrizes

regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, a presente pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos sujeitos que se dispuseram a participar da mesma. Cumprimos dessa forma, fielmente os direitos e deveres da comunidade científica, resguardando a conduta ética no tocante à instituição anfitriã e, principalmente, aos sujeitos da pesquisa.

Após o consentimento formal do Comitê de Ética em Pesquisa, visitamos as duas unidades de saúde escolhidas e seus respectivos Conselhos locais de Saúde com a finalidade de explicar os objetivos da pesquisa aos profissionais, usuários e conselheiros, bem como de agendar as entrevistas. Antes da coleta de dados, entregamos a todos os participantes o termo de consentimento.

Registramos, ainda, a preocupação em assegurar a não identificação dos sujeitos entrevistados, resguardando, na medida do possível, a privacidade e o sigilo de suas identidades. Em função disso, optamos por codificar os seus nomes quando da citação de suas falas contidas neste trabalho. Sendo assim, o segmento dos conselheiros foi identificado pela letra **C** (C1, C2, C3 e C4); o dos usuários pela letra **U** (U1, U2, U3 e U4); enquanto que o dos profissionais pela letra **P** (P1, P2, P3, P4, P5 e P6).

O instrumento de coleta de dados (em apêndice) foi composto por um roteiro de perguntas semi-estruturadas, constituído de 07 questões norteadoras para os profissionais; 06 para os conselheiros comunitários e 06 para os usuários. A observação direta, também, foi uma técnica utilizada, objetivando, a partir dos critérios pré-estabelecidos, a escolha dos participantes do segmento dos conselheiros. Os dados foram registrados em fitas magnéticas. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas o mais fielmente possível. Esse percurso visou não alterar o conteúdo e a expressão das falas, por entendermos, como Thompson (1987, p. 294), que “[...] *muito mais grave é a distorção que*

ocorre quando a palavra falada é enquadrada na disciplina da prosa escrita, mediante a imposição de formas gramaticais padronizadas e uma seqüência lógica de pontuação”.

A opção pelas entrevistas deveu-se à importância de estabelecermos uma aproximação com as imagens que os atores constroem acerca de nosso objeto de estudo. Acreditamos que o exercício de captar o ponto de vista dos entrevistados constitui-se muito mais do que simplesmente o ato de ouvir o que tinham a dizer. Implicou fundamentalmente em situar tais “*falas*” em seus respectivos contextos, considerando suas descrições como “*instrução de pesquisa*”.

Fizemos a análise dos dados através de categorização, estabelecida a partir dos dados fornecidos pelos sujeitos entrevistados, seguindo as etapas do método análise de conteúdo de Bardin¹ (1977, p. 38), que compreende “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*”. Assim, tratamos a análise das entrevistas de forma qualitativa e codificada em categorias que, obviamente, foram organizadas e determinadas pelas questões de interesse dessa pesquisa. Feitas tais considerações, apresentamos aqui a lógica de estruturação do trabalho que se encontra articulado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, objetivamos descrever de que forma as políticas de saúde influenciaram os diversos modelos de assistência à saúde no país. Achamos por bem abordar as questões sócio-históricas mais gerais, tentando compreender o processo de desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a consolidação formal do Sistema Único de Saúde e a implantação do Programa Saúde da Família, como uma das estratégias para a construção desse sistema. Para tanto, fizemos um recorte para análise da

¹ Segundo Bardin (apud TRIVINÓS, 1995, p. 160) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, podendo ser analisado tanto os significados, quanto os significantes; as suas técnicas visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mensagens.

emergência das políticas de saúde no Brasil, contextualizando-as a partir do início do século XX, priorizando o enfrentamento da problemática da saúde como expressão da questão social.

No segundo capítulo, abordamos o processo de participação e gestão nas políticas públicas, destacando as limitações e as possibilidades de avanços do processo de municipalização e descentralização. Concomitantemente, apresentamos o processo de institucionalização dos conselhos setoriais de políticas sociais, tentando esclarecer até que ponto esses mecanismos têm permitido que os princípios da participação e do controle social sejam traduzidos em práticas inovadoras na gestão de políticas públicas e no alargamento dos direitos sociais e da cidadania. Para isso, destacamos a necessidade de contemplar duas compreensões sobre a descentralização político-administrativa, definidas a partir de dois projetos contraditórios e interligados: por um lado, o projeto marcado pelas conquistas sociais asseguradas na Constituição Federal de 1988, sinalizando a possibilidade de avanços na construção do processo democrático na gestão das políticas públicas; por outro, o projeto caracterizado pela ofensiva neoliberal, priorizando a adoção de medidas que reduzem a intervenção estatal no enfrentamento das necessidades sociais e desmobilizam os movimentos sociais organizados.

Abordamos, ainda, a particularidade da participação social na política de saúde, explicitando os sujeitos e os mecanismos de gestão, destacando a possibilidade do Programa Saúde da Família ser um campo fértil para a construção da participação e controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trazemos à tona suas questões metodológicas e seu processo de trabalho, sobretudo, aquelas direcionadas ao estímulo e incentivo à participação popular na gestão e efetivação de suas ações, através de mecanismos como a formação de Grupos Sócio-educativos em saúde e os Conselhos Locais de Saúde, em sua área de abrangência.

No terceiro capítulo, propomo-nos a analisar a participação popular nos Conselhos Locais de Saúde, destacando a efetividade desse processo, a partir da concepção dos

conselheiros comunitários de saúde e profissionais do PSF. Para explicitar tal processo, buscamos evidenciar os discursos desses dois segmentos, destacando os seguintes aspectos: a dinâmica interna de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde; a importância que esses espaços ocupam nas comunidades, tentando identificar suas formas de atuação, com vistas ao fortalecimento democrático no âmbito comunitário por meio das proposições apresentadas pelos Conselhos Locais de Saúde; níveis e formas de participação dos Conselhos Locais de Saúde nas ações desenvolvidas pelo PSF; a relação do PSF com os Conselhos Locais de Saúde visando ao incentivo à participação popular; e a relação desses conselhos com o gestor local, particularizando a Secretaria Municipal de Saúde, enquanto órgão propositor e executor da política local de saúde.

No quarto capítulo, procuramos analisar a participação popular nas ações do PSF, destacando a particularidade desse processo nos Grupos Educativos a partir da compreensão da equipe profissional e dos usuários. Para explicar tal processo, destacamos os serviços e ações oferecidas nas unidades de saúde do PSF, priorizando os Grupos Educativos em saúde; o estímulo à participação dos usuários nos citados grupos; as formas e os níveis de participação desses sujeitos na concepção dos profissionais; e a efetividade da participação nos Grupos Educativos do PSF na ótica dos usuários.

Entendemos que o produto de análise em uma pesquisa qualitativa, ou seja, o resultado do confronto entre a abordagem teórica trabalhada e o que a investigação de campo apresenta, constitui-se num ciclo que “[...] *nunca se fecha, pois a pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior*” (MINAYO, 1995, p. 27). Nesse sentido, embora não conclusivas, mas de caráter aproximativo, apresentamos algumas considerações, no sentido de contribuímos para dar continuidade às reflexões acerca da temática estudada.

CAPÍTULO I

DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 O enfretamento da problemática da saúde como expressão da questão social: a intervenção do Estado no campo das políticas de saúde

O Estado brasileiro desempenhou papel decisivo no processo de organização das políticas de saúde no país. Ao analisarmos o processo de desenvolvimento dessas políticas, percebemos que a estrutura do sistema público estatal não é fruto do acaso, tem sido uma história de confrontos sociais, resultando em avanços e retrocessos.

A saúde como questão social no Brasil emerge no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, com o advento do trabalho assalariado. Estudos de Galo (1992 apud PÉRET, 2001) revelam que o processo de emergência das questões sociais nos países capitalistas está relacionado à reprodução da força de trabalho e à regulação das relações entre capital e trabalho.

No final do século XIX e início do século XX, a política de saúde pública no Brasil, apresentava-se de forma bastante incipiente. O Estado usou de práticas sanitárias voltadas à expansão do hegemônico setor agroexportador da economia, buscando sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis, garantindo-lhes o livre fluxo para os países centrais. Do final do século XIX até a metade dos anos sessenta, predominou no país o modelo hegemônico denominado *sanitarista-campanhista*, traduzindo-se numa visão de inspiração militarista, utilizando-se de práticas de combate às endemias e epidemias de massas, saneamentos de portos e meio ambiente, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (LUZ, 1991).

Segundo Carvalho (1995), as ações de controle social do Estado sobre os indivíduos originaram as primeiras manifestações e intervenções estatais no campo da saúde pública. O controle social em saúde caracterizava-se pela ação estatal dirigida a grupos ou pessoas em nome da saúde de todos. Para o referido autor:

controle social é aqui claramente o do Estado sobre a sociedade. Por suposto incapaz sequer de compreender o alcance técnico das medidas dos interesses dos indivíduos e grupos da sociedade, da saúde cuida o Estado, portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo. A participação não chega [nem] a ser passiva; é como um alvo (Grifo do autor) (CARVALHO, 1995, p.12).

A lógica de fortalecimento do Estado pela intervenção no campo sanitário atravessou os séculos, ainda que permeada por resistências de grupos sociais, como, por exemplo, quando o sanitarista Oswaldo Cruz decreta obrigatória a vacina no combate às endemias (cólera, varíola e febre amarela) como uma das ações de saúde pública. A revolta popular contra a aplicação da vacina obrigatória antivariólica ficou historicamente conhecida como “*revolta da vacina*”, realizada em 1904, no Rio de Janeiro. Isso aconteceu numa conjuntura na qual a relação Estado-sociedade, no campo da saúde, era informada por um marco político e técnico em que os sujeitos da ação eram exclusivamente os executores das medidas sanitárias, não havendo, portanto, a participação da população nas ações e serviços de saúde.

A gestão das práticas sanitárias no decorrer deste período era de competência dos governos estaduais, através das inspetorias de higiene e dos conselhos de saúde pública. Assim, a estruturação dos serviços sanitários estaduais seguiu o processo político de consolidação do poder oligárquico, com um estilo repressivo de combate às endemias e epidemias, mediante forte concentração de decisões e com uma atuação repressiva sobre os corpos dos trabalhadores, mantendo e restaurando sua capacidade de trabalho, garantindo, dessa forma, a mão de obra voltada para os interesses econômicos do país.

Paralelamente ao campo da saúde pública, na década de 1920, foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, destacando-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923, conhecidas pela Lei Eloy Chaves (Decreto 4682). As CAPs eram financiadas pela União, pelos empregadores e pelos empregados, organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos os seguintes tipos de serviços: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral.

A década de 1920, marcada por crises políticas, proporcionou as mudanças que resultaram na ruptura do estado oligárquico e desembocaram na centralização das políticas públicas, principalmente as voltadas para o setor de saúde. A condição sanitária de certa forma se encontrava sob controle através de ações das políticas campanhistas, que eram suficientes para garantirem condições mínimas de sobrevivência da força de trabalho, enquanto um grande contingente populacional ficou quase ou totalmente desprovido das ações e serviços de saúde.

As questões sociais em geral e as de saúde, em particular, já eram evidentes nos anos de 1920, precisando serem enfrentadas de forma sistematizada e transformadas em questões políticas, com a intervenção estatal mais efetiva, mediante a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação do capital. Esse processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, vivendo em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Até a década de 1930 o Brasil não contou com uma política efetiva no âmbito da saúde pública, pois antes desse período a assistência à saúde correspondia a um modelo de cunho

assistencialista-campanhista, pautada na filantropia e na prática liberal, atuando predominantemente no controle de endemias e epidemias, conforme já assinalamos (BRAVO, 2001).

A conjuntura de 1930, com suas características políticas e sócio-econômicas, teve como indicadores mais visíveis o processo de industrialização; a aceleração do processo de urbanização; a ampliação da massa trabalhadora, vivendo em precárias condições de higiene, saúde e habitação; a redefinição do papel do Estado; e o surgimento das políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. A partir dessa década, marca-se o decréscimo de um ciclo e começo de outro: o fim da hegemonia agroexportadora e o início da estrutura produtiva com base urbano-industrial (BRAVO, 2000).

Nesse sentido, o Estado passou a assumir sistematicamente a questão social, utilizando-se das políticas sociais como estratégias e mecanismos para controlar as contradições geradas pela relação capital-trabalho, buscando amortecer os conflitos sociais provenientes do aguçamento da questão social, aqui entendida como “*conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos engendrados pela sociedade capitalista historicamente resultante da constituição do operariado*” (SPOSATI, 1995, p. 27), consolidada a partir de 1930, com o advento do processo de industrialização e com a implantação do modelo de produção capitalista.

Em 1930, foram criados o Ministério de Educação e Saúde e o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, organizando, assim, duas estruturas no país: a de saúde pública, desenvolvida pelo Ministério, voltado essencialmente para a realização de campanhas sanitárias na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo; e a de medicina previdenciária realizada pelos serviços médicos associados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, abrangendo fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. A partir daí, a capitalização

previdenciária transformou-se numa sócia privilegiada do Estado e das empresas estatais que começavam a surgir.

No âmbito da saúde pública desenvolveu-se de forma significativamente lenta um conjunto de ações predominantemente preventivas, porém essas intervenções não conseguiram dar conta da situação da saúde da população, que passava por um quadro de doenças infecciosas e parasitárias, por elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, bem como pela mortalidade em geral.

Todo esse quadro revelou alguns problemas cruciais gerando um processo de descoordenação crescente do sistema público estatal de saúde. Primeiro a assistência à saúde pública que se apresentava sem uma fonte própria de receita sendo condenada a resistir como apêndice da previdência social. Registrava-se uma enorme dicotomia colocando de um lado, a assistência médica previdenciária e, de outro, os serviços de saúde pública. Prevaleceu o modelo previdenciário, baseado numa concepção militar e positivista da saúde, enquanto campanha de vigilância e combate. Acrescentava-se, ainda, uma outra questão, a forma de gestão e decisão centralizadas no governo federal, cuja interferência e ingerência nas organizações estaduais foi crescente, na maioria das vezes, desvinculada das organizações estaduais, efetivando duplicidade e irracionalidade financeira na execução das ações de saúde (PÉRET, 2001).

A partir de 1930 iniciou-se a unificação do modelo seguro social ampliado, com a transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), por meio da extensão seletiva dos benefícios para diversos setores econômicos: bancários, comerciantes e industriais. Este modelo privilegiava a doença com ênfase num diagnóstico. Nesse contexto, as políticas de assistência médica estavam representadas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, enquanto as políticas de saúde pública ficaram em segundo plano, restritas às ações campanhistas cujas principais alternativas adotadas para tais políticas, no período de 1930 a 1940, segundo Braga e Paula (1986 apud BRAVO 2000, p. 106), foram: “[...] *Ênfase nas*

campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde, pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1937; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941”.

Em 1966 foi criado, através do Decreto Lei nº 72, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando num só órgão os antigos Institutos. A criação desse Instituto foi um momento institucional de consolidação do modelo de saúde que privilegiou a prática médica de caráter assistencialista e previdencialista, de base curativa, individual e especializada, em detrimento da saúde pública. O padrão de organização, adotado pela nova política de saúde, orientou-se para a capitalização, favorecendo a mercantilização da medicina e privilegiando a produção privada desses serviços que, conforme Oliveira e Teixeira (1986 apud BRAVO, 2000, p. 107), assumiu as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Segundo Gallo (1992, p. 14), nesse período, a política de saúde previdenciária foi marcada por duas características básicas:

Racionalização administrativo-gerencial, visando o fracionamento institucional e o controle das contas, especialmente no setor privado e a manutenção do modelo de produção dos serviços de atenção à saúde (medicalizante e privatista). Este período corresponde à relativização da postura repressiva do Estado burocrático autoritário, então chamado de ‘distensão’ e posteriormente de ‘abertura política’. (Grifos do Autor).

A Previdência Social, ao invés de adotar a política de investimentos e ampliação da rede própria, optou pela compra de serviços da área privada, contribuindo para a promoção da concentração de renda, beneficiando grupos empresariais.

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, foi criada a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencialista-privatista, reafirmando a separação das ações de saúde pública das ditas ações de atenção à saúde das pessoas. Posteriormente, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1977, ficando esse órgão com a responsabilidade da assistência médico-assistencialista de base curativa, enquanto as ações preventivas ficaram a cargo do Ministério da Saúde, representado pelo seu órgão máximo a Superintendência de Campanhas Sanitárias (SUCAM). Nesse mesmo ano, foi regulamentada a previdência privada. Ao mesmo tempo, 40 milhões de brasileiros não tinham acesso aos serviços médicos, consolidando-se a desigualdade: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para os pagantes da previdência e, para os pobres, a caridade feita, em geral, por entidades municipais ou filantrópicas com o apoio estatal (FALEIROS, 2000).

Segundo Médici (1996), ainda nos anos setenta, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária em saúde, surgiram os primeiros projetos-piloto da medicina comunitária. Essas experiências desaguaram no programa de medicina simplificada, a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), que se iniciou no Nordeste e alcançou abrangência nacional em 1979.

Entendemos que a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico-privatista e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional, a partir da criação do

INSS e do INAMPS, não conseguiram reverter a política de saúde caracterizada pela predominância da dimensão previdenciária e pelo setor privado. Inibe-se, assim, até os anos de 1980, a criação de um sistema nacional de saúde pública, reforçando o plano da medicina curativa, com ênfase na prática clínica, através de ações centradas na assistência médica individual, com desvalorização das ações preventivas preconizadas pela saúde pública. Dessa forma, as políticas de saúde pública no Brasil estiveram ao longo do século passado sempre relegadas a segundo plano. As explicações históricas apontam, como principal responsável por tal fato, o desenvolvimento das práticas médico-hospitalares, enquanto atividades ligadas ao mercado.

A intervenção do Estado na questão da saúde deu-se por duas vias: pela Saúde Pública e pela Previdência Social. Se, de um lado, a criação dos benefícios previdenciários e sua evolução até a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social representou conquista de direitos sociais, pelas camadas urbanas, de outro, a manutenção de condições que possibilitaram a preservação da ordem social capitalista, principalmente no controle das condições de trabalho e dos próprios trabalhadores. A Previdência Social apareceu como contrapartida necessária das tensões sociais do desenvolvimento e expressa a ação mediadora do Estado nas relações entre as classes sociais, assim como suas funções em relação ao capital e trabalho.

As mudanças econômicas e políticas que ocorreram a partir de 1980 determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencialista-privatista e sua progressiva substituição pelo modelo de atenção à saúde. Politicamente, essa substituição ocorreu de forma lenta, gradual e conflituosa, implicando na elaboração de um novo arcabouço jurídico – a Constituição Federal de 1988. Este aparato jurídico e político-institucional determinou os rumos da política de saúde pública e fez emergir na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses e conflitos que delinearam o projeto sanitário brasileiro.

Entretanto, para alguns setores da sociedade, como as empresas médicas, hospitais, clínicas, grupos de financiamento ligados à saúde, indústria de equipamentos, empresas de produtos farmacêuticos, bem como os médicos liberais bem sucedidos na escala profissional, defensores de uma ideologia privatista, a saúde ainda era vista como um direito que se adquire através do trabalho. Essa era uma visão tradicional nas políticas de saúde no Brasil, que relacionava a atenção à saúde aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, ficando excluídos dessa atenção àqueles que estivessem fora do processo produtivo formal.

Os movimentos sociais desse período expressaram a tomada de consciência da população com relação ao papel da saúde e das instituições médicas na vida da coletividade. Dessa maneira, a compreensão desse papel foi importante por tornar claro que são os trabalhadores quem financiam, com seus impostos, os serviços médicos, os quais até aquele período estavam atrelados à Previdência Social. Foi essa tomada de consciência que permeou as discussões e posições ideológicas suscitadas em debates nas conferências de saúde na década de 1980, posições que fizeram parte da história social e política do movimento sanitário do país, cujo teor teve respaldo na construção do projeto da reforma sanitária. Segundo Mendes (1993, p. 42), essa reforma pode ser conceituada como:

[...] processo democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para viabilizar a saúde dos cidadãos, entendida como direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, a eficácia, a equidade, e que se construa permanentemente através de incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implementação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma ética e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

O processo que desencadeou a reforma sanitária brasileira foi fundado nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as quais surgiram na década de 1940, na gestão do então presidente Getúlio Vargas. Tais conferências públicas, que passaram a ser palco das discussões dos assuntos relacionados à saúde no país e apresentavam-se com mecanismos da participação

popular, na verdade eram centralizadas pelo governo federal e por representantes das instituições de saúde. Essa tendência prosseguiria até o início da década de 1980, quando então as mudanças políticas que se instalaram mudariam também o sentido das conferências que envolviam todos os segmentos da sociedade, principalmente os movimentos sociais que surgiam no âmbito do setor saúde, impulsionados pelos partidos políticos e associações de classes. Assim, as conferências de saúde, por não se tratarem de órgãos deliberativos, passaram a se constituir como espaços de participação dos movimentos sociais no campo da saúde, tendo como principal objetivo analisar a situação de saúde no país, acoplando diferentes segmentos da sociedade a fim de propor diretrizes para a política nacional de saúde.

Ao observarmos os registros pertinentes às sete primeiras CNS, ocorridas de 1941 a 1979, verificamos apenas a participação das autoridades públicas de saúde, especialmente representando os governos instituídos. Entretanto, convém destacar que a III CNS, realizada em 1963, sob o governo de João Goulart, tornou-se histórica por sediar importantes discussões das políticas de saúde, envolvendo setores da sociedade convocados pelo Estado. Já nesse momento, estabeleceu-se um diálogo que antecipava decisões políticas e leis concernentes à saúde, destacando-se “*A municipalização dos Serviços de Saúde*”, antecipando em duas décadas o que viria a configurar-se na atual política de saúde. Mas a ampla participação da sociedade só veio a se concretizar a partir da VIII CNS realizada em Brasília em 1986 (SOUSA, 2002).

Essa conferência representou, inegavelmente, um momento de grande relevância na formação político-ideológica no campo da política de saúde, assumindo uma dimensão participativa, com representatividade dos diversos segmentos da sociedade, propondo princípios e diretrizes, os quais posteriormente foram incorporados à Constituição Federal e ao Sistema Único de Saúde. Naquele momento, Raphael de Almeida Magalhães, então ministro da Previdência e Assistência Social, afirmou que

Ao longo dos quarenta e cinco anos de história deste evento, pela primeira vez conta-se aqui com a representação maciça da sociedade civil, através de seus sindicatos e associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores. Isto é um avanço significativo, em relação às conferências anteriores, quando havia predominância quase absoluta dos próprios formuladores da política oficial, sustentando discussões fechadas, cuja eficácia se podia aferir no precário quadro institucional de assistência que herdamos e nas deprimentes condições de saúde da população, traduzidas em indicadores sociais que não condizem com o estágio de crescimento econômico de modernização tecnológica do país, mas que sobretudo, nos atinge, a nós, na nossa consciência e na nossa ética profissional (BRASIL, 1987, p. 19).

Segundo Bravo (2001), as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de estratégias do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial, com um novo olhar sobre a saúde coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento e a efetiva participação popular, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Dessa maneira, para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde deliberou que é imprescindível:

- Garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre que assegure na Constituição, à todas as pessoas, as condições fundamentais para o acesso à saúde.
- A criação de um Sistema Único de Saúde que represente um novo paradigma institucional através de uma reforma sanitária ampla.
- Integralizar as ações de saúde superando a dicotomia entre o curativo e o preventivo.
- Incluir práticas alternativas dando o direito de escolha ao usuário do sistema de saúde.
- Universalização da cobertura assistencial a toda a população.
- Aproveitar as experiências alternativas ora em desenvolvimento na região Nordeste com os agentes comunitários.
- Construir financiamento para a saúde sob a responsabilidade do Estado, a quem cabe uma política de descentralização com participação dos estados e municípios (BRASIL, 1986).

A reforma sanitária brasileira, enquanto política social, foi uma proposta surgida de um movimento da sociedade que, no bojo do processo de transição democrática, teve a capacidade de articular o conjunto de forças sociais interessadas na revisão dos princípios e da estrutura institucional do sistema de saúde. A partir de então, o direito à saúde significou a garantia, por

parte do Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis e a todos os habitantes do território nacional. Esse direito levou ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade, devendo existir simultaneamente a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Isso será garantido mediante o controle do processo de gestão, proposição, formulação, avaliação e fiscalização das políticas sociais e econômicas por meio da participação da população, aspectos que serão melhor explicitados adiante.

Por sua vez, a IX CNS, apesar de todos os obstáculos e boicotes (por três vezes adiada), é realizada, tendo como tema “*A Municipalização é o Caminho*”, indicando o caminho da descentralização, da municipalização e da participação social. A partir dela foram, com efeito, formuladas soluções e adotadas providências sobre a gestão municipal, criação de comissões intergestoras bipartite (estadual) e tripartite (federal), conforme expressa a Norma Operacional Básica - NOB 93, consolidada na NOB 96² (LUZ, 1994).

A X CNS já apresentava mecanismos de participação consolidados, reafirmando o *Projeto de Reforma Sanitária* vigente, referendado pela defesa dos princípios do SUS, visando a garantia, preservação de acesso ao atendimento a todos os serviços de saúde, especialmente à população de baixa renda.

A XI CNS, realizada em 2000, intitulada “*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social*”, reafirma, também, que a efetividade do SUS só é possível mediante o controle social.

² As normas Operacionais Básicas consistem em instrumento de regulação do SUS, incluindo as orientações operacionais do sistema propriamente ditas e explicitando e conferindo consequência prática aos princípios e diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas leis ordinárias. Em ambas, o mecanismo privilegiado de participação e controle social é a existência e funcionamento regular dos conselhos de saúde, paritários e deliberativos. A NOB 93 requer, por exemplo, a comprovação semestral de frequência dos membros pela apresentação de atas das reuniões. Para a NOB 96, dentre as bases para um novo modelo de atenção à saúde, conforme os ditames constitucionais, destaca-se a composição harmônica, integrada e modernizadora do sistema, sendo um de seus propósitos essenciais a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS (SOUSA, 2002, p. 70).

Em 2003 foi realizada a XII CNS, tendo como eixo principal o lema “*Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos*”, defendendo que a participação popular deixou de ser mera formalidade, tornando-se uma ação política concreta. O controle social, por meio dos conselhos de saúde, tem um papel fundamental no aprofundamento dessa temática, na implementação das políticas de saúde que atendam às necessidades locais e na fiscalização dos recursos. Tal Conferência reafirma o *Projeto de Reforma Sanitária*, destacando o SUS na atualidade como a maior política de inclusão social.

Observamos que as conferências de saúde, anteriormente um espaço exclusivo do Estado e da burocracia, vão assumindo, ao longo dos tempos, novos contornos e nova composição, estabelecendo novas relações entre Estado/sociedade. Isso nos leva a entender que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo considerado um dos principais setores com propostas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização.

1.2 A Constituição Federal de 1988 e a consolidação do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde, como modelo da atual política de saúde, está previsto na Constituição Federal de 1988, no título VII da Ordem Social, no seu capítulo II da Seguridade Social. Precisamente nos artigos 196 a 200 da Constituição estão desenhados os objetivos e as formas de organização da política de saúde. O art.198 e seus incisos apontam as diretrizes do Sistema Único de Saúde a partir de três eixos: *descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade* (BRASIL, 2004, p. 117).

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal, está assegurado o direito universal da saúde. A partir de então, outros instrumentos legais foram

estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos à política de saúde, destacando-se a implantação do Sistema Único de Saúde, através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A finalidade de tal lei é regular em nível nacional as ações públicas e privadas dos serviços de saúde, além de especificar os objetivos, atribuições e atuações do SUS, bem como traçar os passos para a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo.

Os princípios fundamentais do SUS, estabelecidos no artigo 20 da Lei Orgânica da Saúde, prevêm os seguintes aspectos:

Universalidade: significa a garantia de todo e qualquer cidadão ao direito de acesso a todos os tipos de serviços públicos referentes à atenção à saúde, sejam eles estatais ou privados, conveniados ou contratados;

Equidade: quer dizer, igualdade com justiça, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. Deve, assim, considerar as diferenças sem nenhum tipo de privilégios ou preconceitos de qualquer espécie, oferecendo tratamento igualitário e humanizado a todos os usuários;

Integralidade: busca reconhecer a unificação da assistência à saúde em todos os níveis do sistema, através de um conjunto articulado de ações e serviços curativos e preventivos, individuais e coletivos;

Participação da Comunidade: significa a gestão participativa da população na política de saúde, a garantia constitucional de que a sociedade civil organizada participará do processo de proposição, planejamento, avaliação e controle, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Descentralização da gestão: corresponde à descentralização político-administrativa a partir da redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde, com direção em cada esfera de governo.

Ao final dos anos de 1980, ao mesmo tempo em que se avança na perspectiva de consolidação dos direitos sociais e da cidadania, expressos na Constituição de 1988, verificamos o início da hegemonia do projeto neoliberal no país, com o desmonte das políticas públicas, a privatização das instituições estatais e a desmobilização dos espaços de controle social.

A partir de 1990, com a eleição de Collor de Mello (1990-1992) à Presidência da República, implementou-se no país um conjunto de medidas autoritárias, inusitadas na história política do país. Esse governo privilegiou o ajuste econômico por meio da afirmação hegemônica neoliberal. Tal conjuntura foi marcada pela recessão, desemprego estrutural, desmonte da previdência pública, privatização e redução de investimentos públicos no campo das políticas sociais. Simultaneamente, ampliou-se a apropriação privada dos recursos públicos, agravada pelo processo de corrupção que se instala no país.

Observamos que as importantes conquistas legais no âmbito do SUS não ocorreram, todavia, sem que se manifestassem enormes resistências, as quais passaram a atuar, a partir de então, na direção do retardamento ou mesmo do boicote da implantação das medidas de avanços do Sistema Único de Saúde. Isso implica dizer que, a partir do Governo Collor, o embate se instala no cenário político, destacando-se manifestações de interesses dos grupos da medicina privada. Os vetos presidenciais à Lei Orgânica da Saúde atingiram pontos fundamentais como a transferência de recursos governamentais para a saúde e a questão do controle social. Conforme Porto e Matos (2001, p. 35):

[...] nada foi calmo no processo de aprovação da Lei, já que a Lei 8.080 apresenta alguns “buracos”, frutos de vetos do então presidente da República Fernando Collor de Mello. Estes vetos foram feitos em quase todos os artigos que tratavam de financiamento e controle social (participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas – no

caso a saúde), que foram amenizados com outras leis e decretos, principalmente a Lei 8.142/90, que conjuntamente com a Lei 8.080/90 forma a Lei Orgânica da Saúde (LOS). (Grifos dos Autores).

Frente à intransigência do governo federal, uma reação intensa de entidades da sociedade civil, coordenada pela “*Plenária Nacional de Saúde*”, conquista um acordo de lideranças partidárias no Congresso e no Governo, representado pelo Ministro da Saúde. Dessa negociação resultou a aprovação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde nas três instâncias de governo. Nesse sentido, ficaram assegurados a existência dos conselhos e conferências de saúde; a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde, por meio da regularidade dos repasses federais a estados e municípios, assim como os critérios para que esses recebam recursos.

Os numerosos escândalos de corrupção envolvendo o Presidente Collor e as pressões de segmentos da sociedade civil resultaram finalmente no processo de “*Impeachment*”. Em setembro de 1992, assumiu a Presidência da República, o Vice Itamar Franco (1992-1995). Apesar do empenho de segmentos sociais comprometidos com o processo de Reforma Sanitária, nesse governo a política de saúde, assim como as demais políticas sociais em seu conjunto, permaneceram subordinadas aos objetivos econômicos, em particular o de reduzir o déficit público. Tal presidente revelou-se incapaz de resolver minimamente os problemas sociais.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (1995- 2002), assumiu a Presidência da República. Esse governo abandonou as idéias de democratização do Estado, implementando um projeto adequado às necessidades do processo de acumulação do capital, baseado na desregulamentação, na privatização e abertura da economia ao exterior, acatando os pressupostos fundamentais do neoliberalismo. Na raiz do agravamento de qualidade de vida e de saúde da população, estava o projeto social e econômico de FHC que privilegiava a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais. A partir desse período, agrava-se o

processo de sucateamento da rede de serviços, reduzindo-se os gastos públicos em prejuízo das demandas sociais; realiza-se a privatização de empresas estatais e serviços públicos; e diminuiu a proteção social através da precarização das relações de trabalho. Esse governo manteve-se no poder, através de reeleição em 1998, assumindo seu segundo mandato até 2002.

Desprezando e virando as costas para as recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, o Governo FHC foi um fiel cumpridor das orientações do Banco Mundial, em consonância com os interesses do projeto neoliberal, o que colaborou para aprofundar o abismo social entre ricos e pobres, agravando as já marcantes desigualdades sociais existentes no país. Esse quadro comprometeu a busca da universalidade e da equidade no SUS, aprofundando a divisão nesse sistema, favorecendo o crescimento dos planos e seguros de saúde para os que podem pagar, em detrimento das necessidades sociais de grande contingente populacional.

Segundo Merhy & Franco (2002, p. 120), a proposta neoliberal, para o campo da saúde, expressa no *“Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 - Investindo em Saúde”*-, publicado pelo Banco Mundial, enfatiza três objetivos:

1. Situar a saúde principalmente no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública;
2. Adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto público, incluindo a saúde;
3. Amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. A agenda do banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil, devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reformas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguros aos consumidores; e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos.

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde 8.080/8.142/90), Bravo (2002) destaca que na década de 1990 existiram dois projetos societários antagônicos na política de saúde brasileira. Por um lado, o projeto de saúde articulado ao

mercado, ou de reatualização do modelo assistencial-privatista, pautado na política de ajuste neoliberal; por outro, o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980, tendo como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde, fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados com o movimento popular, que contempla a universalidade da saúde em todos os níveis de assistência.

O projeto de saúde articulado ao mercado, ou de reatualização do modelo médico assistencial-privatista, foi pautado na política de ajuste neoliberal³, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com as políticas sociais e a focalização de tais políticas. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais orientações são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através de pacotes básicos para a saúde; ampliação da privatização; desmobilização dos movimentos sociais; estímulo ao seguro privado e à redução das fontes de financiamento. Em relação aos defensores do projeto neoliberal, Campos (1997, p. 68-69) informa:

O bloco político que gestou e que dá sustentação à política neoliberal tem o firme propósito de assegurar a sua hegemonia, desenvolvendo, com este objetivo, uma estratégia assentada em dois movimentos: estender até os seus limites máximos a medicina de mercado; [...] ampliar a atenção individual e curativa para além da fatia populacional economicamente apta a se inserir em uma das modalidades privadas da assistência [...] Para atingir tal objetivo, o bloco político neoliberal vem desenvolvendo ações de luta ideológica e cultural, visando formar opinião pública favorável e ocupando parcelas do poder governamental, sempre com o intuito de moderar o projeto original do SUS, anulando seus aspectos mais socializantes [...] Os membros mais ativos da articulação neoliberal são aqueles que têm interesse econômico imediato na preservação do modelo dominante: empresários de medicina de grupos e proprietários de hospitais (Grifos Nossos).

Segundo Bravo (2002), esse projeto privatista vem notadamente expresso no Documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) - nº 13, de 1998, cujo teor traz a montagem de um sistema de saúde desigual, dividido em dois subsistemas: um,

³ Não é objetivo discutir com profundidade a questão do neoliberalismo, mas apenas pontuar alguns aspectos para analisar a política de saúde na atual conjuntura. Este aspecto será melhor aprofundado no item a seguir.

voltado para os consumidores, através de planos de saúde destinados para um grupo seletivo de assalariados da classe média e alta; o outro, efetivado através de ações focalizadas para um grande contingente populacional carente de condições econômicas.

O projeto de *Reforma Sanitária*, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde, cuja preocupação central é que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais. Como fundamento dessa concepção, destacamos: a democratização do acesso aos serviços e ações de saúde; a universalidade das ações, na melhoria da qualidade dos serviços, com adoção de um novo modelo assistencial assentado na integralidade e equidade das ações; e a viabilização do controle social. Isso significa a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, visando à construção de uma esfera pública democrática no campo da saúde, incentivando a presença de novos sujeitos sociais, através de mecanismos como as Conferências, Conselhos Municipais e Comunitários de Saúde.

Percebemos que, mesmo com o boicote promovido pela política de ajuste neoliberal instalada no Brasil, a problemática da saúde, contida na Constituição Federal de 1988, demonstra o elevado grau de democracia nas proposições nesse setor, consagrando a universalização da saúde a toda a população. O Sistema Único de Saúde foi fruto desse avanço, cuja adoção vem sendo desenvolvida pelos pilares da universalidade e equidade; da municipalização e descentralização; da integralidade da assistência e da participação popular. O processo de construção desse sistema é um desafio, na medida em que visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em Lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

Na década de 1990, as políticas sociais sofreram fortes inflexões da inspiração neoliberal no país. Nesse cenário de crise, onde a “*Reforma de Estado*”, adotada pelo Governo FHC,

subtrai conquistas históricas, que o Programa de Saúde da Família foi destacado pelo Ministério da Saúde como principal estratégia para o setor, como forma de reverter o modelo assistencial curativo hegemônico no país.

Entendemos que um dos grandes desafios para construção de um novo paradigma sanitário, observando o preconizado pelo Sistema Único de Saúde com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, foi a criação do Programa Saúde da Família cujo objetivo principal consiste em contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, priorizando ações de proteção e promoção da saúde, inclusive com a participação da comunidade.

1.3 O Programa Saúde da Família: uma das estratégias operacionais para reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde

Com o processo de municipalização e descentralização da gestão e gerência do Sistema Único de Saúde para os Estados e Municípios, foram criadas estratégias que contribuíram para consolidação desse Sistema e para o fortalecimento do controle social, com o incentivo à participação comunitária, destacando-se a implantação do Programa Saúde da Família.

Vasconcelos (1998) coloca as principais justificativas que levaram à implementação do Programa Saúde da Família, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dentre elas, destacam-se: a necessidade de interiorização do SUS, através da efetividade de uma equipe mínima de saúde, nos municípios; a predominância do modelo assistencial no país caracterizado pelo forte viés medicalizante, através da prática “hospitalocêntrica” e ações curativas e fragmentadas; e a utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis, a qual encarece a assistência e reduz a cobertura, excluindo cada vez mais o acesso à população.

Considerando-se os aspectos acima citados, o Ministério da Saúde, em 1993, iniciou a implementação do Programa Saúde da Família, através da Portaria nº 692, como uma das

estratégias de reestruturação do modelo assistencial incorporado ao SUS. Tal Portaria prevê que *“o Programa Saúde da Família tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade”*. A oficialização do PSF se deu em 1994, porém sua expansão nacional ocorreu a partir de 1995 (VIANNA & DAL POZ, 1998).

Na Portaria Ministerial nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, o Ministério da Saúde, com o objetivo de promover mudanças no atual modelo de assistência básica à saúde no país, inclui em seu *Plano de ações e Metas Prioritárias as Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde*”, estimulando a sua expansão em todo território nacional. Na mesma Portaria, reconhece o PSF/PACS *“como importantes estratégias para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar”* (BRASIL, 1997, p. 5), como alternativas para atingir as mudanças esperadas na forma de assistência à saúde da população, bem como um caminho para transpor as deficiências do antigo modelo.

O objetivo maior era que o PSF, através de suas unidades de saúde, fosse caracterizado *“como porta de entrada do sistema único de saúde”*, implicando mudanças significativas em termos de melhoria da qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 1997). A *“estratégia de Saúde da Família, para ser de fato uma alternativa, não pode se inserir na lógica de projetos e programas isolados, de convênios pontuais, de amostras piloto”* (OLIVEIRA, 2000 p. 46), mas se apresenta como eixo de reorientação do modelo assistencial, cuja estratégia de reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde, responda a uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Segundo Merhy & Franco (2002, p.119), os documentos oficiais preconizam as seguintes características do PSF:

Caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde;
Integralidade e hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;
Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido;
Equipe profissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Apesar de recomendar uma equipe mínima para o programa, o Ministério admite a incorporação de outros profissionais de saúde em conformidade com as demandas e características da organização dos serviços locais de saúde. Esses profissionais serão responsáveis por uma população adscrita, devendo ainda residir no município onde trabalham e em regime de dedicação integral. Justifica-se, ainda, uma política salarial diferenciada para estes profissionais, “[...] *uma vez que trabalharão em regime de dedicação exclusiva*” (BRASIL, 2000, p. 07).

O PSF constitui-se não como um modelo para atender somente regiões pobres e famílias/comunidades excluídas, embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde, mas como uma política de fortalecimento dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde. Contudo, a prioridade de atendimento do PSF recai em regiões de maior risco social. Para tanto, sua atuação baseia-se na concepção de que as unidades de saúde devem oferecer cuidados de atenção básica à comunidade, aproximando-se dos usuários, estendendo os serviços para as localidades onde esses não estão disponíveis e introduzindo a assistência à saúde no espaço-domicílio. Nessa perspectiva, o PSF é conceituado como “*um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão atendimento na unidade de saúde, na comunidade no nível de atenção primária*” (BRASIL, 1994).

Com essa concepção, a proposta do PSF, fundamentada nos princípios básicos do SUS, apresenta-se em contraposição ao modelo flexineriano ou tradicional de cunho biologicista de assistência à saúde que “[...] reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (PAIM & FILHO, 1998, p. 303). Com esse entendimento, Mendes (1999) reforça que tal modelo é estruturado pela prática da atenção médica individual, em detrimento da saúde pública, no qual o corpo é visto como uma máquina e as ações são prestadas de forma curativa e fragmentada. O referido autor aponta, com propriedade, que este modelo configurou o sistema de saúde brasileiro a partir dos seguintes componentes:

[...] tem o foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para a atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais (MENDES, 1999, p. 275).

Isso implica que esse modelo tradicional de assistência à saúde tem seu estado falível por apresentar forte viés medicalizante, num contexto individual que envolve apenas o saber e o poder médico, centrado na doença, numa relação limitada que não enxerga o paciente em sua totalidade, ignorando o conceito mais moderno de saúde como qualidade de vida. Em contrapartida a essa perspectiva, o modelo de saúde, assentado na teoria de produção social⁴, enfatiza que:

[...] além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação - porque passível de acumulação e desacumulação - permite a ruptura com a idéia de um setor saúde, erigindo-a [saúde] como um produto social resultante de fatores sócio-econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 1999, p. 241).

⁴ Tal teoria sinaliza que, salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Assim, a produção social abrange a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos, tudo o que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, como processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades (MENDES, 1999, p. 239-240).

Amparado nessa concepção, o PSF tem procurado se efetivar como uma estratégia para reverter a forma atual da prestação de assistência básica à saúde, na edificação de um novo modelo, cujo produto é o resultado de um conjunto de práticas sociais, com responsabilidade social da equipe em intervir de forma oportuna, integral, contínua e humanizada nos problemas de saúde da família e da comunidade, trazendo, assim, a dimensão mais presente do contexto social e histórico.

Com relação a essa nova proposta de mudança no modelo assistencial, defendemos, como Cordeiro (1996, p. 12), que a mesma deve ser:

[...] coerente com as demandas resultantes da transição demográfica e da heterogeneidade da configuração epidemiológica da população brasileira. A diversidade dos padrões epidemiológicos e demográficos regionais e sociais, marcados pela estrutura da desigualdade da sociedade brasileira exige do SUS que as repostas a demandas sejam ágeis e ajustadas as condições locais e regionais respeitadas as políticas públicas nacionais.

Em suas análises, o referido autor destaca que a proposta de construção do novo modelo assistencial centrado nas estratégias de implementação do Programa Saúde da Família deve estar em consonância com os princípios da municipalização, da descentralização, da universalização, da integralidade, da equidade e da participação popular. A consolidação do PSF se constitui como parte indissociável para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, a proposta de ações de saúde voltadas à família pressupõe:

[...] o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa a qualidade de vida, a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a democratização do conhecimento do processo saúde/doença; da organização dos serviços e da produção da saúde; a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; a prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital; a humanização das práticas de saúde da comunidade; **o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social**; o estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais (Grifos Nossos) (CORDEIRO, 1996, p. 13).

O novo modelo proposto, segundo o autor, deve garantir a coerência com os princípios da “*Reforma Sanitária*”, referentes aos objetivos da equidade das políticas de saúde, assim como a integralidade das ações e a participação popular. O PSF deve nesse sentido, ser difundido, tornando-se a prática hegemônica da saúde na rede de cuidados básicos e nos distritos ou sistemas de saúde. As ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde devem ser trabalhadas de forma indissociável.

Outras questões são apontadas pelo referido autor como relevantes, destacando-se dentre estas: [...] *aumentar a resolutividade das ações básicas de saúde e da qualidade dos serviços prestados para evitar o uso desnecessário de recursos complementares e ou de referencia que elevem os custos do atendimento*”, além de “[...] *assegurar a participação e o controle social na prestação dos serviços de saúde, tornando transparentes as informações tanto aquelas relacionadas às metas programadas, quanto em relação a recursos financeiros*” (CORDEIRO, 1996, p. 13).

Nesse sentido, a proposta adotada pelo PSF vem procurando se contrapor ao modelo assistencial predominante, por estruturar-se em novas bases, voltadas para a prevenção, proteção e promoção da saúde, articulando-se com a assistência curativa de média e alta complexidade, num resgate à dimensão sócio-biológica da família no seu espaço-domicílio. A ação sobre esse espaço vem constituindo-se num desafio, na medida em que a equipe de saúde abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde e enraíza-se na vida da comunidade. Como nos lembram Vianna & Dal Poz (1998), o enfoque da atenção à saúde passa a existir como unidade de ação programática de saúde, buscando parcerias capazes de potencializar a ação e o atendimento às demandas da comunidade, na perspectiva de alcançar resolubilidade nos serviços e, principalmente, agindo preventivamente junto às famílias. A atenção está centrada na família, entendida e percebida, a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às

equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997).

Compreendemos que a promoção da saúde deve extrapolar os muros das unidades de saúde e se estender para as comunidades, para que essas, através do processo de mobilização coletiva, tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Para promover saúde é preciso considerar o processo de construção da participação popular. Na Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é definida como processo de desenvolvimento da capacidade de controle e de habilidades da comunidade para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, através da mobilização coletiva. Estabelece, como uma das estratégias para se trabalhar no campo da promoção de saúde, a capacitação e participação nas quais *“os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde”*. Para tanto, são considerados como elementos indispensáveis neste processo *“ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis”* (BUSS, 2000, p. 170). Segundo esse autor, busca-se, com isso, o reforço da participação comunitária na direção dos assuntos de saúde, por meio da inclusão entre as ações básicas de saúde realizadas em todos os espaços: domiciliar, no contato com agrupamentos, locais de reunião, nos atendimentos individuais e nas atividades sócio-educativas.

Nessa concepção, a promoção da saúde apresenta uma interface com a educação em saúde, visando à melhoria da auto-estima pela diminuição da alienação e incremento dos conhecimentos, abrindo um campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Com isso, busca-se aprimorar as opções disponíveis para que a população exerça maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente,

para que a opção seja voltada para tudo aquilo que proporcione saúde. Assim, para promover saúde é preciso desencadear um processo em que haja interlocução com a educação em saúde:

A educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (CANDEIAS, 1997, p. 03),

Por outro lado, preocupado com a questão da formação do perfil dos profissionais que atuam no PSF, o Ministério da Saúde abriu concorrência em 1997 para a criação dos primeiros Pólos de Capacitação e Formação Permanente em Saúde da Família.

Em 2003, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, implementou a “*Política de Educação e Desenvolvimento Permanente em Saúde*”, adotando como um dos eixos principais a política de educação permanente, como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor saúde:

Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde (BRASIL, 2003, p. 04).

Em conformidade com o Sistema Único de Saúde, o PSF, enquanto uma estratégia de reorganização de um dos níveis de atenção à saúde, traz em sua metodologia de trabalho o incentivo à participação social, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da comunidade, visando a contribuir para reorganização das práticas de trabalho a partir da atenção básica, a qual é definida, segundo o Ministério da Saúde (1997), como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a

reabilitação, proporcionando a comunidade melhor qualidade de vida. Essa nova forma de atuação do PSF baseia-se na concepção do conceito de saúde como melhoria de qualidade de vida. Nessa mesma direção, Vasconcellos (1998, p. 156) aponta que *“o PSF vem promovendo atenção primária de boa qualidade com a participação da comunidade na construção do setor saúde que aponte para um novo paradigma: a melhoria da qualidade de vida”*.

CAPÍTULO II

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E GESTÃO

2.1 A participação social na gestão das políticas públicas

A participação e o controle social na gestão das políticas públicas, no Brasil, inscreve-se no cenário contemporâneo como um componente fundamental na democratização das relações entre Estado e sociedade, estabelecendo, desse modo, uma nova forma de gerir a coisa pública, destacando-se como pressuposto central a participação dos cidadãos na proposição e controle das políticas públicas.

Segundo Daniel (1994, p. 25), a temática da participação na gestão pública situa-se historicamente no final da década de 1970, face à crise de legitimidade do regime militar, a partir de duas fontes: as novas experiências democratizantes de gestões municipais em Lages (SC) e as práticas alternativas de organizações trazidas pelos movimentos sociais, como conselhos populares e comunitários. Nesse sentido, a participação encontra-se diretamente relacionada a processos de democratização política através do desafio de descentralizar a gestão, alargando o espaço público por meio da presença ativa de representantes da população.

Entretanto, foi ao longo dos anos 1980 e 1990 que se ampliaram os debates em torno das políticas públicas, nas lutas dos movimentos sociais contra a experiência centralizada e autoritária do regime militar, instaurado em 1964, tornando-se mais efervescente a participação social, motivada pela ebulição desses movimentos. Esse período constitui-se num cenário de novos interlocutores coletivos, via demandas e pressões organizadas para a conquista da democracia e por direitos de cidadania. Tais movimentos contribuíram substancialmente para o processo de formulação da Constituição Federal de 1988. Essa expressa e responde aos anseios democráticos. Nela, está afiançada a participação da população no controle e gestão das políticas

públicas, ao lado da diretriz da descentralização e municipalização destas políticas. (Constituição Federal, art. 10; 194, inciso VII; 198, inciso III; 204, inciso II; 206; incisoVI, 1988).

Com base nesse arcabouço jurídico-institucional, a década de 1990 foi marcada pelo surgimento de mecanismos de organização popular, mais institucionalizados, por via do fortalecimento do *Estado e da sociedade civil*⁵. Isso significa que o Estado ampliou sua forma de interlocução com a sociedade, por meio de diferentes formas de organização, institucionalizando os conselhos setoriais de políticas sociais, cuja atuação pressupõe que os agentes destinatários das políticas sociais exerçam a participação e o controle social, a partir da representação dos interesses populares nas decisões políticas, valorizadas pela universalização dos direitos sociais e da plena *cidadania ativa*.

Na contraposição a esse processo democrático, evidenciou-se, na mesma década, um outro movimento, o qual caracterizava-se pela restrição das conquistas sociais mediante a reforma do aparelho do Estado⁶, sob orientação da política neoliberal. Essa reforma, dentre outras medidas, reduz a intervenção estatal no âmbito das políticas sociais, deslocando suas responsabilidades para o mercado e a sociedade civil. As propostas neoliberais em relação ao papel do Estado, no âmbito das políticas públicas, são reducionistas, esvaziando e descaracterizando os mecanismos institucionalizados de proteção social, a exemplo da seguridade social (saúde, previdência e assistência social). Ou, como assinala Junqueira (1998), na agenda de inspiração neoliberal, os eixos privatização, descentralização e focalização são

⁵ A concepção de Estado e sociedade civil adotada baseia-se nas elaborações de Antonio Gramsci (1980). Para o autor, o Estado comporta duas esferas: a sociedade política ou Estado, no sentido estrito de coerção; a sociedade civil, constituída pelo conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, como sindicatos, partidos, igrejas, o sistema escolar, a organização material da cultura (imprensa, meios de comunicação) e as organizações profissionais. São estas duas esferas que formam em conjunto o estado no sentido amplo, ou nos termos de Gramsci, sociedade civil mais sociedade política (RAICHELIS, 2000, p. 59).

⁶ Para uma compreensão acerca da reforma do Estado ver: SANTOS, Boaventura de Sousa. Sociedade e a Reforma do Estado: a reinvenção solidária e participativa do Estado. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (s/d).

propostos como formas de reduzir os recursos públicos no campo das políticas sociais patrocinadas pelo Estado.

Isso implica que, ao mesmo tempo em que se avança no plano legal quanto à garantia dos direitos sociais e à possibilidade de gestão democrática, esses mesmos direitos tendem a ser efetivados numa conjuntura político-econômica que os precarizam, “[...] *onde muitos analistas têm enfatizado que a agenda universalista esgotou-se, antes mesmo de ser implementada, em função da crise do Estado e da ofensiva neoliberal, num contexto internacional de crise de reorganização do capitalismo em escala mundial*” (RAICHELIS, 1998, p. 20). Com esse entendimento, Bóron (1996, p.77), sustenta serem as políticas neoliberais uma dupla articulação. Por um lado, “*a satanização do Estado*”: o Estado é tido como causador de todos os infortúnios que afetam a sociedade capitalista. Por outro, “*a exaltação e santificação do mercado*”, como agente organizador da dinâmica social, em vista da eficácia justificada pela política de privatizações. A premissa básica do neoliberalismo é esvaziar as instituições estatais no campo das políticas públicas. O Estado se desresponsabiliza dos serviços sociais públicos, na perspectiva de não garantir os direitos sociais:

O movimento dos governos neoliberais de desobrigar-se dos encargos sociais [...] não privilegiam o fortalecimento da cidadania, que ao invés de direitos retorna aos favores e à caridade, que não produz políticas universais, mas políticas compensatórias, verdadeiras “certas básicas” de saúde, educação, etc, para os mais pobres [...] recusam terminantemente a vinculação de recursos financeiros a políticas específicas, tendo reduzido drasticamente os recursos orçamentários e os gastos públicos com políticas sociais. Esta política de desobrigar-se do social assenta-se numa postura sistemática de deslegitimação dos espaços de controle social, como o Conselho de Segurança Alimentar e as Conferências de Saúde, de Defesa da Criança, da Assistência Social, impedindo a participação social na definição dos orçamentos dessas áreas. (Grifo da Autora) (CARVALHO, 1998, p. 26-36).

Nessa perspectiva, o sistema descentralizado e participativo no âmbito das políticas públicas integra as estratégias de descentralização político-administrativa, implementadas através da reforma do Estado, que contraria a tese da democratização e universalização das políticas sociais, e, de fato, traduz-se em drástica redução dos gastos sociais e da privatização

dos serviços públicos, viabilizando a redefinição das políticas sociais mediante mercantilização e refilantropização dos serviços sociais. Esse tipo de descentralização, segundo Carvalho (1998), não é acompanhado de descentralização de recursos, pois tem sido chamado de “prefeiturização”, ao invés de uma verdadeira descentralização de poder acompanhada de controle social. Assim, o significado da proposta neoliberal reatualiza velhas práticas assistencialistas, paternalistas e clientelistas, associadas às formas atuais da filantropia e da solidariedade. Ou, como diz Pereira (1998), em vez da assistencialização da política social, verifica-se o seu retrocesso e sua desassistencialização. Na mesma direção, Yazbek (1995 apud FERREIRA, 2000, p. 146) aponta para a *refilantropização* da questão social:

O termo refilantropizar indica a implementação de políticas sociais sob orientação filantrópica, baseadas na noção do dever moral e na ação voluntária e benevolente, desconsiderando sua natureza de política pública, direito do cidadão e dever do Estado, que deve, como tal, ser garantida orçamentariamente, ter princípios e objetivos claros e bem definidos, pautar-se em critérios objetivos transparentes e ser implementada de modo contínuo, sistemático, respondendo às necessidades sociais e não a interesses clientelistas.

As políticas neoliberais não privilegiam o fortalecimento da cidadania, e ao invés de garantir e alargar continuamente o escopo do direito da sociedade participar democraticamente da definição e gestão de novos direitos, retorna aos favores e à caridade, produzindo políticas compensatórias, acompanhadas de uma deslegitimação das formas de organização e participação popular. Tais políticas em vez de promoverem a cidadania, reafirmam o caráter de dependência das classes menos favorecidas. Nesse entendimento, Sposati (1987 apud MENDES 1997, p. 58) assinala que “*ao contrário de caminhar na direção da consolidação de direito, a modalidade que irá conformar as políticas sociais brasileiras será, primordialmente, o caráter assistencial [...] Em contraposição à universalização...*”.

A discussão sobre participação e controle social no redimensionamento da gestão das políticas públicas centra-se na análise do *processo descentralizado e participativo* das políticas sociais, combinando limitações, retrocesso ou estagnação e a possibilidade de avanços na

construção da coisa pública, cuja participação social delinea tendências na proposição de políticas públicas.

Um dos maiores desafios que está em jogo é o protagonismo dos interlocutores coletivos – os movimentos sociais – que, segundo Jacobi (1992, p. 118), consiste em [...] “*propor alternativas às práticas de gestão em que o peso da participação popular atue como referencial e fator de questionamento de recorrência dos vícios da administração pública relacionados com a questão dos recursos humanos*”.

Nessa direção, o sistema *descentralizado e participativo* representa um significativo avanço quanto à constituição de inúmeros espaços de gestão participativa, conquistados pelos movimentos sociais. Esse processo refere-se à forma de organização e gestão das políticas públicas, sob a tese da descentralização político-administrativa, mediante a qual é apregoada a participação direta e o controle da sociedade civil⁷, na definição de políticas sociais e no controle dos gastos públicos, face o atendimento às necessidades sociais.

Nessa perspectiva, os princípios da *descentralização político-administrativa*⁸ e da participação popular na democratização das políticas públicas são considerados importantes avanços no sentido de criar um novo pacto federativo, sob a forma de municipalização, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer a participação e controle social nas decisões políticas, oferecendo possibilidade para que o Estado, uma vez permeado de espaços públicos e coletivos de gestão, fiscalização e deliberação, possa tornar a gestão participativa, com a responsabilidade de dar respostas no campo dos direitos sociais. Assim, afirma Jovchelovitch (1998, p. 34):

⁷ O termo sociedade civil recobre um leque de experiências que vão desde as organizações recreativas, desportivas até as entidades filantrópicas e assistenciais, os diversos grupos de manifestação cultural, as organizações empresárias, as associações de defesa dos direitos humanos, incluindo as ONGs e os diferentes movimentos sociais. Neste sentido, a sociedade civil configura-se como um amplo e diverso conjunto de experimentações de organização política, que abriga diferentes objetivos e projetos (DAGNINO, 1998, p. 13-14).

⁸ Descentralizar e municipalizar significam partilhar o poder do governo com a sociedade. É a socialização da gestão, com a participação da coletividade local. É a flexibilização da gestão pública e a redefinição na relação entre povo e governo (JOVCHELOVICTH, 1998, p. 49).

Dentre as diretrizes enumerados na Constituição de 1988, o da descentralização político-administrativa demarca uma nova ordem política na sociedade brasileira, a partir do momento em que à sociedade é garantido o direito de formular e controlar políticas, provocando um novo redirecionamento nas relações tradicionais entre Estado e sociedade.

A idéia de descentralização político-administrativa foi incorporada na Constituição como sinônimo de democracia, condição necessária para o aumento da participação popular, mais autonomia e menos burocracia, em oposição ao padrão centralizado das políticas sociais dos governos militares. Portanto, a *“descentralização foi vista como instrumento de universalização do acesso e de aumento de controle dos beneficiários sobre os serviços sociais”* (ALMEIDA, 1995, p. 91). Sobre essa questão, ainda coloca a referida autora: *“a Constituição de 88 definiu um novo arranjo federativo, com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo Federal para os Municípios”*.

Entretanto, segundo Habber (1997. P. 61), é preciso ter cuidado para não confundir municipalização com prefeiturização. *“Enquanto a primeira promove a participação da sociedade civil, a segunda apenas desloca o centro do poder do nível federal, estadual para a prefeitura, isto é, continua havendo a concentração de poder apenas transferida de nível”*. Enfatiza a própria autora: *“A municipalização é ampla e democrática, envolvendo a comunidade local e não apenas o prefeito e seus auxiliares”*.

Esse processo de gestão implica em se permitir a autonomia do gestor municipal, ao lado da participação coletiva, oferecendo-lhe assessoria, recursos técnicos e financeiros, respeitando a realidade local de cada município. Trata-se de um processo que envolve a reestruturação do aparato governamental *“por meio do remanejamento de competências decisórias e executivas e dos recursos necessários para financiá-los”* (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 37). É necessário que se crie, ao mesmo tempo, instituições e mecanismos de participação direta que incorporem em sua dinâmica de funcionamento princípios democráticos compatíveis com a efetiva possibilidade de controle social sobre o processo de políticas públicas. Esse entendimento vem

notadamente expresso: “[...] quando se pensa a participação no sentido mais profundo, de partilha do poder envolvendo a formulação e implementação de políticas públicas, torna-se essencial buscar mecanismos capazes de institucionalizar os processos participativos, de modo a assegurar-lhes continuidade e eficácia” (SOARES, 1998, p. 84).

Wanderley (apud SILVA, 1996, p. 15) apresenta alguns atributos fundamentais relacionados ao processo de gestão das políticas públicas:

O caráter público, no sentido universal, que contenha os interesses de todos [...] que seja transparente nas decisões, no oferecimento das informações, na alocação de recursos, que possibilite controle social sob formas efetivas por parte de todos os segmentos da sociedade; o caráter democrático, pensado como abertura de meios e instrumentos para que haja acesso às informações, fortalecimento das organizações de representação popular, participação adequada nas decisões e no poder em todas as instâncias e níveis [...] o caráter ético, que estimule laços fortes entre a administração e seu público, que estimule os valores democráticos, que assegure responsabilidades, que estabeleça regras para o comprometimento individual, que oriente a gestão pela relevância social e pelos critérios de equidade (Grifos Nossos).

O controle social aparece como mote da participação, todavia, trata-se de processos vinculados a projetos distintos de sociedade, pois no projeto adotado na perspectiva neoliberal o controle social é entendido de forma coercitiva por parte do Estado sobre a população, tentando a despolitizar e enfraquecer os movimentos sociais, para legitimar medidas antidemocráticas e antipopulares no campo das políticas públicas. Porém, na perspectiva defendida pelos movimentos sociais, o significado de controle social é entendido a partir da participação e fiscalização da sociedade em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas públicas na área social. Essa última concepção de controle e participação social significa:

Participar da gestão dos destinos da sociedade [...] na construção social de novos valores democráticos, da relevância, da legitimidade, da justiça, da pertinência das demandas e dos atores sociais excluídos, do seu direito a ter direitos. [...] Participar da gestão dos interesses coletivos passa então a significar também participar do governo da sociedade, disputar espaço no Estado, nos espaços de definição de políticas públicas. Significa questionar o monopólio do Estado como gestor da coisa pública. Significa construir espaços públicos não estatais, afirmando a importância do controle social sobre o Estado, da gestão participativa,

da co-gestão, dos espaços de interface entre Estado e sociedade. [...] abrindo a possibilidade de participação de toda sociedade, através de novos canais institucionais de participação (Grifos Nossos) (CARVALHO, 1998, p. 28-29).

Esses canais institucionais e/ou mecanismos de participação, referendados pelos autores supracitados, dizem respeito à criação dos conselhos municipais, os quais contemplam diferentes setores das políticas sociais, caracterizados como uma das principais inovações democráticas. A partir da implantação dessas formas de participação, as políticas sociais ganham estatuto de maioria jurídica, traduzindo-se na implementação dos conselhos de gestão intersetoriais no âmbito federal, estadual e municipal. Esses mecanismos de participação, em sua maioria, se reproduzem nos estados e municípios, representando um avanço importante na ampliação e efetivação da participação política da população:

É desta forma que as práticas participativas se inscrevem como prioritárias na construção da agenda de formulação e de planejamento das políticas sociais, principalmente no atual quadro de consolidação da estrutura de direitos sociais, consolidado na estrutura de direitos sociais afirmados na Constituição de 1988, inclusive como pré-requisito necessário para o aperfeiçoamento dos modus operacional das políticas sociais, visando torná-las mais eficientes (RICO, 1998, p. 19).

Os conselhos têm um papel de mediação na relação entre poder público e sociedade. São compostos de forma paritária, ou seja, de igual composição entre representantes de órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas às políticas públicas. Tais espaços têm caráter propositivo, deliberativo e fiscalizador das políticas públicas, pois são baseados na concepção conquistada de participação social que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautado por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado (CARVALHO, 1995).

Partindo dessa compreensão, compreendemos que os conselhos são condutos formais de participação social, institucionalmente reconhecidos, com competências definidas em estatuto legal, com o objetivo de realizar o controle social de políticas públicas setoriais ou de defesa de

segmentos específicos. Ou seja, são instrumentos criados para atender e cumprir o dispositivo constitucional no que tange ao controle social dos atos e decisões governamentais. Constituem espaços de construção do campo político com o fim de tornar a gestão da coisa pública, de fato, pública. Portanto, a função desses espaços é a de garantir os princípios da participação da sociedade nos processos de controle e definição das políticas públicas (RAICHELIS, 1988).

Na mesma direção, Bergman (1993 apud CORREIA, 2000, p. 54) define controle social como a “*fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública. [...] é a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços públicos*”. As duas autoras consideram o controle social como possibilidade de a sociedade civil interagir com o poder público para estabelecer prioridades e definir políticas públicas que atendam às necessidades da população. Elas apontam como estratégia para viabilizar o controle social, os canais de participação institucional, entre os quais destacam-se os conselhos setoriais de políticas públicas.

É oportuno ressaltarmos que a criação de instituições e de mecanismos de participação direta, a exemplo dos conselhos setoriais de políticas sociais, nas áreas de saúde, educação, assistência social, dentre outros, é condição necessária, porém não suficiente, para o exercício do controle social. Isto é, os conselhos não podem ser considerados como únicos condutos de participação política e nem exemplos modelares de uma sociedade civil organizada junto às ações do poder público, pois precisam ser acompanhados e avaliados atentamente, e combinados com outras modalidades de organização e mediações políticas. (RAICHELIS, 1998).

Isso implica que, além dos espaços de participação institucionalizados, há outros de caráter não institucionalizados, a exemplo dos fóruns nacionais, constituindo-se em um conjunto de organizações articuladas com a sociedade civil, cuja atuação é apresentar propostas alternativas que contribuam para fazer avançar a participação dos cidadãos para o efetivo

controle social, como também avaliar e ativar a própria atuação dos conselhos no campo das políticas sociais. A respeito desse entendimento, assinala a referida autora:

Distintos dos conselhos, esses fóruns configuram-se como espaços não institucionalizados, menos formalizados e ritualizados e, por isso, mais permeáveis à participação popular. Se fortalecidos, podem converter-se em instrumentos ativadores dos conselhos, com vista a garantir que estes possam ganhar maior representatividade e legitimidade social [...] Quando se refere aos fóruns, destaca-se o exemplo do que já acontece em outros setores das políticas sociais, como o Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA); Fórum Nacional de Assistência Social, em defesa dos direitos da assistência social como política de seguridade social (Grifos Nossos) (RAICHELIS, 2000, p. 68).

Na mesma direção, Carvalho (1998) assinala que a participação não ocorre unicamente em espaços institucionais de relação com o Estado, ou seja, nem todas as questões ou aspectos da gestão da sociedade podem ou devem ser normalizadas ou assumidas pelo Estado. Entre os espaços não institucionalizados pelo Estado, destacam-se movimentos cuja dimensão cultural é mais explícita, como os movimentos feministas, raciais, étnicos, de juventude, que têm contribuído para alterar novas demandas e novos valores. Também outros movimentos e ações participativas são destacados nessa dimensão:

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é apontado por muitos como o único movimento social que mantém a mesma força social, capacidade de mobilização e de organização dos “melhores” momentos da década de 80 [...] A Pastoral da Criança é uma ação coordenada principalmente pela Igreja Católica, contando com a participação de algumas igrejas e tem-se destacado pelo grande impacto na redução da mortalidade infantil no Brasil [...] Um outro tipo de prática participativa que têm-se multiplicado no Brasil [...] são os Fóruns, onde têm assento uma multiplicidade de sujeitos, freqüentemente sindicatos, movimentos sociais, organizações populares, ONGs. (Grifos Nossos) (CARVALHO, 1998, p. 47-49).

Salienta, ainda, a referida autora que, ao contrário dos conselhos setoriais, essas formas de participação não têm uma interlocução instituída com o Estado, mas convidam seus representantes para discutir e encaminhar reivindicações sociais, o que lhes dá maior independência, e interpelam os governos, desafiando-os e participando da elaboração de

políticas públicas voltadas ao interesse comum, ao mesmo tempo em que provocam mudanças na cultura da sociedade.

Na mesma compreensão, Gohn (2002, p. 160) argumenta que os conselhos ampliam o processo de gestão das políticas públicas, mas não “*substituem os movimentos de pressão organizada de massas, que ainda são necessários para que as próprias políticas públicas ganhem agilidade*”.

Sob diferentes ângulos, é possível reconhecer a importância desses conselhos, o que não quer dizer que se desenvolvam sem ambigüidades e contradições. Ao contrário, a polêmica em torno do seu significado e das conseqüências de sua institucionalização, continuam despertando questionamentos quanto à oportunidade aos efeitos políticos da participação popular nesses espaços.

Nesse sentido, questionamos até que ponto esses conselhos podem impulsionar a construção da participação e do controle social como mecanismo de proposição de políticas públicas e alargamento dos direitos sociais e da cidadania. Ou, em que medida a dinâmica de funcionamento desses conselhos permite que os princípios da participação sejam traduzidos em práticas inovadoras na gestão das políticas públicas.

Teixeira (1996, p. 15), ao refletir sobre as limitações e riscos da participação dos movimentos sociais nesses espaços, indica dois procedimentos já utilizados por outros movimentos para evitá-los: “*o primeiro é a combinação da atuação institucional nesses espaços com ações coletivas de pressão e mobilização*”, ou seja, sua representação precisa ter ancoragem na organização e mobilização social. “*O outro procedimento seria uma certa cautela para evitar o envolvimento na ‘febre conselhistas’, pelo desejo de ocupar todos os espaços*”, podendo levar à reprodução de práticas clientelistas e burocráticas.

Cohn (1998) argumenta que a institucionalização desses canais de participação constitui-se em um significativo avanço no processo de democratização do Estado e sociedade, porém

aponta limitações decorrentes das experiências que vêm se processando no âmbito dos conselhos setoriais de políticas públicas, a exemplo da área de saúde.

Dentre essas limitações, destaca-se a concentração de poder no titular das pastas municipais, que acumula a Secretaria Municipal de Saúde, a presidência dos conselhos, a nomeação dos conselheiros representantes do poder público e a direção e controle do fundo municipal. Tal acumulação torna-se alvo de políticas corporativistas por parte do gestor municipal, fragilizando a organização popular que ainda não está fortemente estabelecida. Outra limitação é a burocratização da dinâmica de funcionamento e participação dos conselhos, não construindo canais de negociação política entre os atores sociais nos distintos interesses e demandas em jogo, de tal forma que, na maioria das vezes, a pauta da reunião é estabelecida pelo gestor, viabilizando a definição das necessidades advindas da racionalidade administrativa.

Mas, por outro lado, a referida autora aponta possibilidades de democratização na relação Estado e sociedade, destacando os conselhos setoriais de políticas públicas como instâncias que apresentam uma diversidade maior de atores sociais envolvidos nesse processo, viabilizando o exercício da participação, tanto por parte dos movimentos populares quanto dos novos sujeitos sociais que vêm surgindo com essas experiências no âmbito da relação entre sociedade e Estado.

Nesse sentido, o controle social, cerne da participação popular, é aqui entendido como a capacidade que a sociedade civil organizada tem de interferir na gestão pública, orientando as ações e os gastos do Estado, na definição de prioridades que tenham relevância social, as quais devem ser guiadas pelos critérios da equidade e que atendam aos interesses da coletividade. Ou seja, a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas.

Entendemos que a participação na gestão das políticas públicas é um direito conquistado na Constituição de 1988, seja por via ou não de sua institucionalização, apresentando-se como

um dos elementos inovadores, constitutivos do processo democrático na condução da coisa pública, legitimada nos conselhos setoriais e fóruns de políticas públicas. A constituição desses mecanismos é concebida como cerne da participação social, na medida em que há interferência política das entidades da sociedade civil organizada em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pela elaboração, proposição e gestão das políticas públicas. A institucionalização da participação popular nas políticas públicas foi um grande avanço, uma conquista relevante dos setores democráticos. Portanto, a institucionalização da participação popular é parte integrante do processo de democratização na relação entre Estado e sociedade civil, que precisa dar consequência e efetividade dessa participação, de forma a se inscrever nos conselhos setoriais os interesses coletivos nos processos de decisões, proposições, planejamento, fiscalização e controle no âmbito das políticas públicas. Esses canais são instrumentos necessários para o alargamento dos direitos sociais e da cidadania.

2.2 A participação e controle social no Sistema Único de Saúde: a particularidade do processo no Programa Saúde da Família

Segundo Carvalho (1995), o debate da temática da participação social na área de saúde no Brasil tem origens e tradições distintas, conforme contextos socioculturais e político-ideológicos determinados. A proposta de participação social surgiu no final da década de 1970, representando o aprofundamento da crítica às experiências de medicina comunitária, bem como a radicalização das práticas políticas de oposição ao regime militar. Sua institucionalização, portanto, se deu na esteira do processo de democratização do país, no final de década de 1980, situando-se no rumo da transformação do Estado, pela tentativa de superação de seu caráter politicamente autoritário e socialmente excludente.

Nessa perspectiva, a participação social em saúde pode ser entendida, por um lado, como uma ação restrita da sociedade no controle das práticas e ações desenvolvidas no Sistema Único

de Saúde; por outro, pode ser considerada como uma intervenção social mais ampla na perspectiva de construção de uma interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, na perspectiva de construir e consolidar direitos (BENEVIDES, 1994).

Nessa segunda acepção, os conselhos de saúde passam a se constituir em um espaço de interlocução entre o Estado e sociedade, visando um novo modelo de gestão das políticas sociais públicas, que procuram estabelecer novas bases de relação entre Estado e sociedade. Nesse caso, a questão central passa pela presença dos movimentos sociais como interlocutores privilegiados, pois eles representam parcelas significativas da população, constituindo-se em forças organizadas capazes de viabilizar a formulação, controle e efetivação das políticas de saúde que atendam e respondam às demandas sociais.

Entendemos, como Campos (1997, p. 104), que “*vários segmentos do movimento sanitário sempre apostaram na participação popular, não só como um direito de cidadania, mas também enquanto um mecanismo útil à reforma do sistema de saúde*”. Os segmentos comprometidos com o processo de “*Reforma Sanitária*” defendem propostas de um SUS ancorado no controle social efetivo, através da participação cidadã, contrapondo-se à tendência marcante nos últimos anos que reforça uma cultura competitiva e consumista. Nesse aspecto, Oliveira (1996 apud PÉRET, 2001) enfatiza que tradicionalmente os discursos valorizam apenas os aspectos políticos da participação popular, sendo desprezados os componentes culturais. Isso acaba por contribuir para o distanciamento dos serviços de saúde dos usuários que comumente são tachados de “*pobres*”, “*desprovidos de cultura*” e, nesse sentido, incapazes de contribuir para a definição das diretrizes na área de saúde pública. Agindo-se assim, corre-se o risco de moldar a participação apenas às formas institucionalizadas, sem considerar o componente cultural de grupos locais envolvidos.

Entendemos que, atualmente, as possibilidades postas pelo SUS, no tocante à participação da população nas ações de saúde, são resultantes tanto do processo de luta de diversos sujeitos sociais, como o movimento brasileiro da reforma sanitária, o movimento popular e sindical, os partidos políticos, dentre outros, quanto do amadurecimento de estratégias de ação no sentido não só do direito de acesso aos serviços de saúde, mas da função participativa da população na gestão das políticas nos diversos níveis de atenção à saúde.

A participação dos movimentos sociais no campo da saúde pode se converter em um rico aprendizado de co-responsabilidade da gestão da coisa pública:

A experiência da participação na gestão da saúde provoca uma reavaliação por parte dos próprios movimentos de saúde a partir do seu aprendizado mediante o contato mais próximo com a máquina administrativa: aprendizado dos limites que ela impõe, mas também o aprendizado de ser co-responsável pela gestão da coisa pública (COHN, 1994, p. 14).

Por outro lado, cabe refletirmos sobre os riscos que tal participação pode trazer para os movimentos sociais, tais como a cooptação e o clientelismo, comprometendo a autonomia e, conseqüentemente, a força de pressão e conquista de tais movimentos.

Como já foi sinalizado, a participação social na gestão da política de saúde encontra seu anteparo na Constituição Federal de 1988, que em seus incisos apontam as diretrizes do Sistema Único de Saúde a partir de três eixos: descentralização, atendimento integral e participação comunitária. Esse direito social encontra-se melhor definido na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e na Lei Complementar nº 8.142, ambas de 1990, sendo que esta última dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Nela, está assegurada a criação de instâncias colegiadas para compor sua gestão, quais sejam: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

As conferências de saúde são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes e ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação da

política de saúde, devendo, portanto, influenciar as discussões travadas nos conselhos de saúde.

Ou, como assinalam Porto e Matos (2001, p. 41):

As conferências de saúde devem se reunir de 4 em 4 anos, com representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação e propor as diretrizes para a formulação da Política de Saúde em cada esfera de governo. Estas conferências devem ser convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

A importância das conferências de saúde vislumbra a possibilidade concreta de favorecer o exercício da democracia participativa. Pensar as conferências, nessa direção, é tomá-las como canais emancipatórios, de respeito à diversidade e de abertura de espaço ao diferente, o qual passa a ser encarado não numa perspectiva limitante, mas, ao contrário, numa dimensão de favorecimento da autonomia e da liberdade.

Já os conselhos de saúde são apresentados como mecanismos previstos em lei para assegurar o cumprimento do direito constitucional da sociedade civil em participar não só da organização do sistema de saúde, mas também da formulação, fiscalização e acompanhamento da política de saúde, dado seu caráter de permanência e deliberação. Se, por um lado, essa participação foi estimulada por exigências legais, por outro, se constitui em acúmulo das lutas sociais no cenário brasileiro. O artigo 1º, § 2º, da Lei 8.142, define assim o conselho de saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestador 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 de governo (BRASIL, 1990).

A formação desses conselhos de saúde permite o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária, pressupondo uma nova concepção de usuário do sistema de saúde com competência para avaliar e modificar o próprio sistema (TRAD et al., 2000).

Nesse sentido, com o objetivo de acelerar e consolidar a participação social no SUS, o Conselho Nacional de Saúde elaborou uma série de recomendações para os Estados e Municípios, detalhando a constituição, composição e estruturação dos conselhos de saúde, por meio da Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 23 de dezembro de 1992. No que concerne à sua composição, recomenda que o número de conselheiros não ultrapasse 20 e não seja inferior a 10 membros; reafirma o caráter paritário do segmento dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos; recomenda a seguinte distribuição das representações: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços e profissionais de saúde. Ressalta, ainda, que os representantes dos usuários sejam indicados por suas entidades. Entretanto, esta resolução sofreu alteração, através da Resolução nº 36, de 04 de fevereiro de 1993, incluindo as entidades de empresários na representação de usuários (BRAVO, 2001).

A edição da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde (NOB 01/91) exigia dos municípios o cumprimento dos critérios de transferência dos recursos financeiros da União para Estados e Municípios, previstos no artigo 4º, da Lei 8.142/90, do SUS. Dentre essas determinações, destaca-se a criação do Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, assinala Carvalho (1995) que a criação dessa norma foi o fator indutor da constituição dos Conselhos de Saúde no Brasil. Segundo o referido autor, 65% do conjunto de conselhos cadastrados foram constituídos no ano de 1991.

Para Valla (1991), a obrigatoriedade da lei para criação de Conselhos Municipais de Saúde converte-se em um problema para a afirmação de uma participação de caráter popular de base nos mesmos, ao ponto em que a maioria dos conselhos começou a funcionar na medida em que cada prefeitura precisasse criar um conselho para garantir o repasse do governo federal para os governos municipais, ou seja, o repasse do dinheiro público para a implantação do SUS.

Nesse sentido, na maioria das prefeituras brasileiras, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde não foi propriamente uma iniciativa da população.

Entretanto, conforme o referido autor, para além da obrigatoriedade legal na constituição dos conselhos como condicionante de repasse de recursos financeiros, o impacto da existência de uma instância colegiada de gestão pública poderia apontar para a possibilidade de um exercício novo de gestão baseada na participação do cidadão, podendo incidir em mudanças na cultura política tradicional brasileira, caracterizada pelo clientelismo político, centralismo, burocratismo, distanciamento da população com as administrações públicas, em que prevalece a idéia de *benesse* e não de direitos. Sendo assim, os conselhos apresentam-se como possibilidade de efetivação de uma real gestão da coisa pública, desde que sejam considerados como espaços de representação social e de mediação de interesses dos diversos sujeitos na esfera estatal.

A estratégia de “*Saúde da Família*”, aprovada pelo Ministério da Saúde em 1994, estimula ainda a criação em nível micro regional e local de Conselhos Gestores e/ou Locais de Saúde ligados às unidades de saúde. No bojo de tal proposição, a participação popular assume amplitudes maiores se estendendo a outras manifestações de garantia de direito à saúde, não apenas aos conselhos legalmente instituídos. Nesse sentido, concordamos com Péret, ao assinalar que:

O conceito de participação social requer uma ampliação, assim com sua magnitude, pois esta não se limita apenas aos canais institucionais tradicionais. Aos profissionais de saúde cabe o desafio de romper com o ranço das antigas políticas que excluía o cidadão dos serviços públicos de saúde voltando-se para busca de uma participação ampla e não seletiva que apropria apenas aqueles sujeitos afinados com os costumeiros jargões institucionais (2001, p. 221).

Nesse sentido, os Conselhos Locais de Saúde são formas de participação popular, onde profissionais de saúde e a comunidade fazem discussões sobre as questões referentes à saúde na sua localidade, bem como elaboram propostas a serem levadas e defendidas em instâncias decisórias, a exemplo dos conselhos e conferências municipais de saúde. Trata-se, portanto, de

um espaço potencializador da criatividade dos usuários na proposição e elaboração da política local de saúde, já que são eles os que realmente vivenciam no cotidiano das unidades de saúde a efetividade ou não das políticas. Assim, os Conselhos Comunitários de Saúde, embora não previstos na forma da Lei Federal nº 8.142/90 podem ser traduzidos como “*possibilidade de ampliação da participação comunitária na fiscalização, proposição e execução da política de saúde*”. Como aponta BRAVO (2001, p. 133):

Conselhos Comunitários de Saúde: é uma entidade não instituída jurídico e legalmente, mas que possibilita a participação da comunidade na elaboração de propostas para a política de saúde em sua localidade; consiste na articulação dos usuários e dos trabalhadores de saúde, com a finalidade de estabelecer relação entre conselheiros e a base.

Os Conselhos Comunitários de Saúde são espaços que mais se aproximam da população usuária. A implantação desses mecanismos nas comunidades vem se dando como uma das ações do Programa Saúde da Família, ao ponto em que se destacam como de fundamental importância na busca de articulações para solucionar os problemas de saúde do bairro, bem como fiscalizar e participar das ações de saúde desenvolvidas pelo referido programa. Nesse sentido, Péret (2001), adverte que se esses espaços se deslocarem do eixo político-administrativo das unidades de saúde, corre-se o risco da relação de poder entre os profissionais de saúde e a população se tornar mais evidente, estabelecendo-se um abismo entre os serviços de saúde e os usuários.

Esses conselhos, em sua maioria, vêm sendo organizados nas comunidades pelo PSF. Na metodologia de trabalho desse programa está prevista o estímulo e incentivo para a formação de Conselhos Locais de Saúde em suas áreas de abrangência, incentivando a participação popular para a efetividade do controle social no campo da saúde, envolvendo diversos segmentos de representação comunitária, como: Associações de Moradores, Clube de Mães, Sociedade Amigos de Bairros, Pastoral da Criança, Escolas, incluindo até a própria equipe do Saúde da Família, dentre outras.

Além da formação dos Conselhos Locais de Saúde, o PSF traz em sua proposta de trabalho ações contínuas no processo de educação e informação em saúde, visando atender às necessidades dos problemas sociais vivenciados pelos usuários. Dentro dessa dinâmica, destacam-se as práticas dos trabalhos em grupos, especialmente as atividades direcionadas aos grupos de risco. Esses grupos são caracterizados pela substituição da demanda espontânea pela demanda programada, isto é, são estrategicamente formados com um objetivo determinado. Assim, sua formação é norteada pelas características demográficas e epidemiológicas da comunidade. Em sua maioria, os grupos sócio-educativos são os de gestantes, crianças desnutridas, diabéticos, aleitamento materno, adolescentes, hipertensos, idosos, saúde mental, planejamento familiar, entre outros.

Capistrano (1999) sem desconhecer a importância desses grupos como uma das ações específicas do trabalho desenvolvido pela equipe do PSF, assinala que tal programa deve evitar o recorte do trabalho comunitário de atenção à saúde em patologias (hipertensos, idosos, diabéticos, etc.) por meio de enfoques medicalizantes. Esse autor propõe o fortalecimento de organizações e entidades que já existam na comunidade:

*Não é que estes grupos [segmentos] deixem de ser formados: eles o são na prática cotidiana e submetidos à lógica do atendimento, da consulta (seja médica ou enfermagem, etc.), no âmbito das unidades de saúde. E são muito úteis. O que não se deseja é **inventar** formas de organização social, inspiradas nos recortes já citados, artificiais. O programa [PSF], e sobretudo os agentes comunitários, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela de sociedade agrupada num determinado **território**, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações (Grifos do Autor) (Capistrano, 1999, p. 94).*

De acordo com Senna & Cohen (2002), os grupos educativos são, também, espaços que promovem a participação da população, dado o fato de que as reuniões e práticas educativas são sistemáticas e buscam introduzir o papel e o apoio social que cabem à saúde, levando em conta os fatores culturais, políticos e socioeconômicos. Nesses encontros programados, a equipe e usuários se juntam para discussão dos problemas de saúde, de acordo com a especificidade de

cada grupo, propondo ações e até mesmo avaliando o próprio trabalho da equipe do PSF. Apoio social é apontado aqui como:

qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras (MINKLER, 1993 apud VALLA, 1998, p. 156).

Segundo o referido autor, as pessoas com menor oportunidade de participar no processo de tomada de decisões desenvolvem um sentimento de falta de controle que, conseqüentemente, afeta a sua morbidade e mortalidade: *“uma sensação de não poder controlar sua própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionados com o processo saúde-doença”* (VALLA, 1999, p.10).

Esse autor segue discutindo sobre educação popular, saúde e apoio social na atual conjuntura. Faz um alerta para a necessidade dos serviços de saúde contemplarem às necessidades sociais da população, sendo preciso para tanto levar em conta o que as pessoas pensam sobre seus problemas e as soluções que buscam. Nesse sentido, o apoio social se conecta com a questão da participação do sujeito enquanto cidadão no processo saúde/doença.

Se de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica, através da “nova” concepção do homem como uma unidade (Grifo do Autor) (TOGNONI, 1991 apud VALLA, 1999, p.12).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, podemos utilizar a noção de apoio social para refletir sobre os grupos direcionados à promoção da saúde, vislumbrando-os enquanto estratégias ou espaços de escuta para as necessidades das pessoas. Nessa perspectiva, os grupos devem se configurar como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas e buscar

soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação circule da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem. A esse respeito, diz Valla (1999, p. 10):

“um envolvimento comunitário, pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença”.

Pelo exposto, podemos evidenciar que na proposição do Programa Saúde da Família estão implícitas em seu processo de trabalho metodologias que se direcionam para ações voltadas às demandas populares, podendo se consolidar como um campo fértil para o processo de implementação da participação popular no âmbito do SUS, com vistas à construção do projeto democrático e participativo em saúde.

CAPÍTULO III

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE: A EFETIVIDADE DO PROCESSO NA CONCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS COMUNITÁRIOS E PROFISSIONAIS DO PSF

3.1 A dinâmica interna de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde

A composição dos Conselhos Locais de Saúde é marcada a partir da implementação do Programa Saúde da Família. Tais espaços são caracterizados como formas de participação popular e são formados, basicamente, por lideranças comunitárias, compreendendo Clubes de Mães, Associações de Moradores, Sociedade Amigos de Bairros, Vicentinos, diretores de escolas do bairro, representantes das Igrejas, Pastoral da Criança, profissionais da equipe do Programa Saúde da Família, agentes comunitários de saúde e pessoas da comunidade. As reuniões são realizadas na última sexta-feira de cada mês e, extraordinariamente, quando necessário. Nesses encontros, equipes e conselheiros comunitários se juntam à comunidade para discussão dos problemas de saúde e avaliação do trabalho, inclusive o do próprio PSF. Os registros das reuniões são feitos por meio de atas, elaboradas por uma secretária designada e, posteriormente, submetidas à aprovação de todos os conselheiros presentes. Veja o que dizem os depoimentos dos conselheiros a seguir:

Olhe, o Conselho Local de Saúde, ele funciona assim: é formado pela equipe do PSF - as agentes de saúde, a assistente social, enfermeiras, as médicas, lideranças comunitárias da igreja, Clube de Mães, Associações de Moradores e algumas pessoas da comunidade [...] Este conselho se reúne na última sexta-feira de cada mês e nessas reuniões é feita uma pauta e registrada em livro de ata, é tudo em ata. Hoje tudo é feito em ata, meu filho. A gente não pode hoje tá escrevendo... fazer uma fala e não ser botada em ata, que é assinada por todos os conselheiros (C3: 24-06-04).

A formação do conselho de saúde, ela vem através do Clube de Mães, o pessoal da SAB: é presidentes, vice-presidente e alguns sócios, né?... e o pessoal das Igrejas, nós temos também, algum pessoal que vem pra fazer essa reunião junto a nós. Tem. Têm muitos... vários representantes do PSF, inclusive as doutoras, as agentes de saúde, as enfermeiras, as chefes de enfermeiras. Esse pessoal aí todo sempre tão presente... Olhe, a gente faz uma

reunião por mês, na última sexta-feira do mês, e é registrado em ata. E sempre às vezes, até foto que tira, que é tudo é documentado, que a gente precisa mais na frente pra algum evento, né? (C1: 15-07-04).

É importante salientar que os Conselhos Locais de Saúde em Campina Grande não são formalizados, nem legalmente reconhecidos, diferenciando-se, portanto, do Conselho Municipal de Saúde, uma vez que este é amparado pela legislação nacional do Sistema Único de Saúde, expressa através da Lei Orgânica da Saúde. Para a concretização dessa Lei, existe a Lei Municipal⁹ que cria o Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande. A composição dos Conselhos Locais de Saúde não obedece ao princípio da paridade na relação sociedade civil e governo, porque a formação desses espaços de mobilização comunitária está diretamente vinculada às ações do Programa Saúde da Família, podendo qualquer cidadão ter o direito e acesso a participar de suas reuniões.

A convocação dos conselheiros se dá através da agenda previamente estabelecida, conforme atividade permanente das ações do PSF e das visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde e, quando se trata de reuniões extraordinárias, utiliza-se instrumentos de serviços de som comunitário existentes nos bairros:

O conselho de saúde da nossa comunidade é formado por lideranças comunitárias e o pessoal dos dois PSF. A gente se reúne na última sexta-feira de cada mês... Como você mesmo viu a reunião é organizada pelo pessoal do PSF, principalmente as ACS que nas visitas lembra a todos e convida outras pessoas pra participar também, né?... Lá tem uma ata pra registrar todas as discussões e é assinada por todos... quando termina a reunião a gente já sabe o que vai discutir na próxima (C2:13-07-04).

Com base nesse discurso, ficou evidente que as reuniões, em sua maioria, são organizadas pelos profissionais da equipe do Saúde da Família, sendo realizadas da seguinte forma: verificação da presença dos líderes comunitários e pessoas da comunidade, apresentação

⁹ Decreto Lei nº 1.951, de 25 de setembro de 1990, dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde, CMS de Campina Grande – PB, órgão colegiado de caráter deliberativo da Secretaria de Saúde Municipal e diretamente vinculado ao Chefe do Executivo Municipal. É constituído de forma paritária entre as instituições públicas e as da sociedade civil.

da pauta, leitura e assinatura da ata da reunião anterior, apresentação e discussão das propostas, organização da pauta da próxima reunião. Nesses encontros, identificamos que a equipe básica do PSF, conselheiros e a população usuária, se junta à comunidade para discussão de todos os problemas sociais enfrentados pela população, inclusive chegando a avaliar o próprio trabalho do PSF. Porém, segundo um dos conselheiros, as reuniões também acontecem sem a presença de profissionais do PSF:

Tem. Têm muitos... vários representantes do PSF. Mas a gente discutimos na... na reunião dos dez anos do PSF esses assuntos. E até falaram lá que sem elas não fariam o conselho, né? E eu fui um dos que questioneei contra isso aí, porque às vezes a gente faz também reunião do conselho sem o profissional de saúde (C1: 15-07-04).

Cabe considerar a importância assumida pelos agentes comunitários de saúde na condução das atividades rotineiras dos conselhos, em face de sua capacidade organizativa e mobilizadora, sempre incentivando os movimentos comunitários para o efetivo processo de construção da participação da população nos Conselhos Locais de Saúde. Isso porque os agentes de saúde, por residirem na comunidade onde atuam, também fazem parte da formação desses conselhos. A esse respeito diz um conselheiro:

As ACS [...] por morar na comunidade têm uma importância muito grande no PSF, que só funciona por conta deles [...] porque eles trabalham muito. Sem os ACS não existia PSF (C2: 13-07-04).

Como já ressaltamos, os profissionais do PSF também fazem parte dos Conselhos Locais de Saúde, mas para efeito desta pesquisa, classificamos como conselheiros comunitários os representantes legítimos da comunidade com assento nos referidos conselhos.

Com base nos discursos apresentados, é possível considerar a efetividade dos conselhos no tocante à realização de suas reuniões ordinárias e, quando necessário, extraordinárias, contando com a participação da maioria dos líderes comunitários, agentes comunitários de saúde, profissionais do PSF e algumas pessoas da comunidade. A potencialidade dos conselhos,

segundo Carvalho (1998), é a capacidade que eles têm de incorporar os movimentos organizados a fim de democratizar o acesso aos serviços sociais públicos, fortalecendo a participação, tendo em vista melhores condições de vida de toda a população.

3.2 A importância dos Conselhos Locais de Saúde para a comunidade

Os Conselhos Locais de Saúde passam a assumir importância no cenário político dos movimentos comunitários de Campina Grande ao serem identificados como mecanismos de fortalecimento do controle social na gestão local do PSF. Esses espaços trazem uma significativa relevância para as comunidades, com vistas ao envolvimento da população não somente nas questões específicas no campo da saúde, bem como nos demais problemas dos bairros. A esse respeito relata um dos conselheiros:

Essa importância do conselho, ela é muito boa pra nós - né?-, porque as lideranças do bairro, junto com os profissionais de saúde, a gente sempre, sempre tamos à frente pra combater tudo aquilo que tem de errado no bairro. Todas as prioridades do bairro. Esse conselho representa muita importância, porque sempre que tem um problema no bairro, a gente leva esse problema pra dentro do conselho e, dentro do conselho, a gente abre a reunião pra vê se tem alguma é... alguma solução ao caso. Por exemplo, o canal - né?-, que a gente sempre combatendo essa carência, mas os poderes públicos não têm como atender a nós, né? Mas a gente sempre faz um ofício, a gente manda pra secretário de obras, é, pra própria prefeitura. E a gente é difícil ser atendido. Inclusive, até o secretário de saúde a gente sempre faz o ofício convocando ele pra reunião, mas até agora ele... é difícil demais o homem (C1: 15-07-04).

Um aspecto relevante está relacionado ao fato de que todas as prioridades dos bairros são levadas para serem discutidas dentro dos conselhos, na medida em que esses passam, de fato, a serem o *locus* para onde convergem todas as demandas da comunidade na busca de possíveis soluções junto aos órgãos competentes:

A importância é que nele a gente cobra do secretário, da prefeita, das médicas [...] das enfermeiras, todas as prioridades do bairro, tudo que a gente sente, lá a gente diz... todos os problemas e é discutido lá... e é tudo solucionado (C3: 24-06-04).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, expressa-se outra conselheira, destacando as conquistas para o bairro Tambor, a exemplo da circulação do tráfego de ônibus e Colégio Estadual:

É muito importante esse conselho, porque é através dele que a gente debate os assuntos da comunidade e vários... vários assuntos já foi resolvido como, por exemplo, é, sempre há falta de medicação e a gente se reúne, quatro, cinco usuários, e vamos até o gabinete do secretário, lá onde a gente fala sobre o assunto e sempre é resolvido. Outra questão é porque antes do conselho nós não tínhamos o ônibus aqui, ele só circulava pela Av. Assis Chateaubriand. E foi através do conselho que hoje nós temos o ônibus circulando em todas as ruas do Tambor. Temos também reivindicado aqui no bairro uma escola de segundo grau, e foi através do conselho que foi aprovado, desde ano passado, pelo governo do Estado... uma construção de um colégio estadual. E já foi aprovado, só não foi construído, mas já recebemos o ofício. E também sobre o saneamento básico – né? -, que nós temos aqui vários problemas, inclusive o do canal que nós temos no bairro, e sempre tá entupido, que tá com problema, e é através do conselho que é solicitado e é reivindicado e sempre dá certo (C4: 19-08-04).

É interessante observar a contradição existente nos discursos acima apresentados pelos conselheiros: enquanto o primeiro deixa claro que as proposituras dos conselhos são difíceis de serem atendidas, os dois últimos afirmam que as propostas e/ou reivindicações discutidas e encaminhadas pelos conselhos ao gestor público, em sua maioria, são atendidas.

Se por um lado, os Conselhos Locais de Saúde são identificados como espaços de representação de diversos interesses, dentre eles, a possibilidade da afirmação e resolução dos interesses e demandas da comunidade, por outro lado, são identificados também como espaços de aprendizagem de construção de direitos, uma escola de participação, expressa no depoimento de uma conselheira:

A importância do conselho de saúde pra minha comunidade é que, através do conselho, a gente fica sabendo dos nossos direitos e dos nossos deveres. Se você participa de... de... das reuniões que é toda quarta sexta-feira do mês, você tem todo o direito de ir e de ficar sabendo o que tá acontecendo não na... saúde, mas como em todo o bairro. É muito importante sim a gente participar [...] Essa participação é você dá idéias (C3: 24-06-04).

Percebemos que os Conselhos Locais de Saúde trazem, como desafio central, o desenvolvimento de uma intervenção de caráter propositivo, pautada na capacidade técnico-

política da equipe do PSF, nas lideranças comunitárias e de algumas pessoas da comunidade, no sentido de efetivação das condições necessárias e fundamentais à consolidação do processo de construção em torno das necessidades comuns de saúde. Essa preocupação vem notadamente expressa na fala de uma conselheira, quando diz:

Olhe, é como eu te falei: tudo é uma soma. É... a gente... se a gente faz parte desse conselho, é porque nós estamos atrás de um objetivo. E o objetivo é um só. Tanto médico, enfermeiro, ACS é... num importa a posição deles, mas... nem a nossa, se somos usuários, nem conselheiros. Nosso objetivo é um só, é somar e trazer o melhor pra o nosso bairro (C3: 24-06-04).

Na busca para alcançar o objetivo de melhoria para os bairros, comunitários e profissionais de saúde estabelecem estratégias de ação no desempenho da função de conselheiro, buscando a consolidação de ações em torno de temáticas de interesse comuns e, por conseguinte, a participação da população na adesão às atividades do Saúde da Família. A esse respeito, Carvalho (1998) evidencia que a participação popular está condicionada à existência das demandas de grupos sociais excluídos que se manifestem e reivindicam ações ou políticas governamentais.

3.3 Os Conselhos Locais de Saúde como fortalecimento democrático no espaço comunitário: propostas dos conselheiros

Em tese, os Conselhos Locais de Saúde destacam-se por seu caráter democrático, na medida em que é permitido a todo e qualquer cidadão participar de suas reuniões com direito a voz. Tal aspecto permite além das lideranças comunitárias, que habitualmente participam das reuniões, a presença de algumas pessoas da comunidade, políticos, trabalhadores, dentre outros, que expressam suas reivindicações e/ou necessidades dos bairros. É freqüente nas reuniões a presença de segmentos da comunidade, principalmente daqueles que sofrem carências básicas ligadas às questões de saúde. Dessa forma, os comunitários inserem-se nessas instâncias como

legítimos portadores das necessidades para serem atendidos, afirmando o caráter popular de sua participação, na medida em que sua representação encontra respaldo na comum condição de vida das demais pessoas da comunidade. Assim, a participação dos comunitários pode significar a possibilidade real de inscrever suas demandas nas prioridades dos bairros, além de torná-los membros efetivos dos conselhos.

Nesse sentido, podemos perceber, através da fala do conselheiro, a seguir, que a questão da representatividade por meio da participação no conselho acontece de forma gradual e constante, chegando até, em alguns casos, a existir uma autocobrança quando do não comparecimento a uma reunião:

O problema é ir participar. Participando, entra... você vira conselheiro, porque na demanda, no que você fica indo mensalmente, no que você ... você vai ser um conselheiro por si próprio. Você vai cobrar as coisas, você vai passar a cobrar até de si, naquele dia quando não vai. Quando eu não vou, eu telefono antes pras meninas ou vou logo aí no...se eu for viajar, uma hipótese, eu já aviso antes. E se eu tiver na rua, eu ligo dizendo: “gente eu tô já chegando, gente eu tô já chegando” (C2: 13-07-04).

Observamos que a força interventiva dos conselheiros reside na capacidade de uma ação propositiva, no sentido de lançar propostas que resultem na melhoria das questões de saúde da comunidade e, por conseguinte, no bom desempenho do trabalho nas ações do PSF. Dentre essas propostas, relatam os seguintes conselheiros:

Esse conselho, o que ele tem feito pra melhorar o sistema... né?... de saúde da comunidade, foi feito o que? A gente já conseguiu trazer mais uma... um PSF pra o bairro... E conseguiu o que também? Essa reforma do Pedregal III e IV, a gente foi um dos que lutou mais (C1: 15/07/04).

O que eu me lembro é que, como a dengue tava aqui no Pedregal, tava uma coisa muito assim nos diários aí, nos jornais, é, o conselho junto com os ACS fizeram campanha, saíram na rua, limpando a rua e conscientizando o povo que era importante que eles fizessem a sua parte para que nós não tivéssemos mais o mosquito da dengue [...] E a questão do Posto, por ser o Pedregal um bairro muito grande, aí tivemos a necessidade de ter mais uma nova equipe, que é a do Raimundo Carneiro [...] O que nós temos precisando é de médico odontólogo, porque no Orçamento Participativo isso aí já tava certo, mas só que ficou no papel. Que nós temos duas unidades e não temos odontólogo, onde existe comunidades, que existe, e tem, e nós não temos. E a comunidade é carente disso também (C2: 13-07-04).

Com base nos discursos, é possível considerar que a participação dos conselheiros comunitários de saúde vem lhes possibilitando lançar propostas visando à melhoria dos problemas da comunidade. Dentre as propostas discutidas nos dois conselhos, destacam-se: a questão da falta de medicação nas unidades de saúde; a aquisição de gabinetes odontológicos nas duas unidades do PSF do Pedregal; a obtenção e implantação de novas unidades de saúde da família, aumentando progressivamente o número de equipes nos bairros; projetos de urbanização e saneamento básico; implantação de escolas no bairro Tambor; e tráfego de ônibus dentro dos bairros. Essas propostas são explicitadas nos seguintes depoimentos:

A proposta... a proposta tá aí que você tá vendo: é a urbanização do Pedregal III e IV, que isso aí a gente vem lutando há anos. Já falei e vou repetir de novo: isso é proposta nossa, do conselho. A gente conseguiu trazer esse trabalho pra dentro do Pedregal e a gente ainda vai conseguir que seja pelo menos 50% dos funcionários dessa empresa, que seja pessoas do bairro, porque aqui a carência é muito grande e a gente, é como eu lhe falei, a gente soma muito como eles [...] a proposta aí, das ACS morar no bairro e trabalhar no posto, foi uma proposta... na hora eu lancei, porque eu acho injusto você dá seu sangue, como as meninas dão aí, trabalha o dia todinho, e se você compra uma casa numa rua, não pode morar, porque você é um ACS de outra área (C3: 24-06-04).

Olha, a maior proposta que a gente vem sempre levantando é o gabinete odontológico. Inclusive, na reunião de avaliação dos dez anos, eu fui um dos tais que levantei essa proposta, né?... E outra proposta que a gente faz também é que não deixe faltar a medicação, porque têm muitos... têm muitas pessoas aqui hipertenso, que falta medicação [...] As ampliações das unidades de saúde, como a unidade I (C1: 15-07-04).

[...] a proposta de mais medicamento; se não tão atendendo bem as pessoas - né? [...] Outra proposta também é que há meses atrás as reuniões do conselho tava acontecendo com poucos participantes e a gente sugeriu [...] que houvesse uns convites, até mesmo porque [...] só é uma vez no mês e às vezes acontece de uma pessoa esquecer e com o convite seria melhor, porque é um lembrete e é uma forma até de aquela pessoa se sentir até importante, recebendo o convite pra participar [...] A reivindicação dos ônibus, que nós só tínhamos o ônibus... o ônibus só passava uma só vez na Av. Assis Chateaubriand e hoje ele já circula em quase todas as ruas. É, a questão da escola do segundo grau, que nós não temos aqui na comunidade, e várias outras questões como a do grupo de saúde mental. E isso é uma parceria que dá certo e que é muito interessante e que a comunidade só tem o que agradecer ao PSF, porque muitas coisas mudaram e se desenvolveu muito, muito mesmo, depois do Programa de Saúde da Família [...] E uma das propostas que foi reivindicada através do conselho e que deu certo, que foi aprovada, foi outra unidade básica de saúde, outro PSF na comunidade, e fomos atendidos agora, recentemente. E aqui na comunidade passou a ter PSF I e PSF II. E foi também uma reivindicação através do conselho comunitário com o conselho municipal (C4: 19-08-04).

Essas falas reafirmam o papel e a importância da atuação dos conselheiros comunitários, os quais têm demonstrado um desempenho bastante expressivo na elaboração de proposituras e encaminhamento dos conselhos, configurando-se como espaços de centralidade para as discussões em torno dos serviços e ações de saúde da comunidade. Além disso, esses espaços possibilitam uma aproximação dos referidos conselheiros no tocante ao trabalho em conjunto com os profissionais que compõem as equipes do PSF:

A relação é boa com a equipe [...] participa todas as médicas, ACS, né?, assistentes sociais. E tudo é assim a questão de conjunto. Trabalhamos em conjunto (C2: 13-07-04).

Observamos, a partir da análise das entrevistas dos conselheiros comunitários, um reconhecimento quanto ao significado da representação dos Conselhos Locais de Saúde nas ações do PSF, de modo que as discussões e propostas predominantes nesses espaços giram em torno da estruturação e efetivação de projetos e ações de saúde integradas às áreas de assistência social, educação, saneamento básico, infra-estrutura e transportes. Esta articulação se configura pelo envolvimento dos conselheiros na busca de soluções não somente em torno das questões específicas do campo da saúde, mas nas múltiplas expressões da questão social no interior dos bairros.

Consideramos que o processo organizativo dos dois Conselhos Locais de Saúde, desencadeados por usuários, trabalhadores de saúde e lideranças comunitárias, em torno dos problemas sociais, vem gerando uma estratégia de atuação organizada, traduzindo-se nas intervenções e proposições e, com isso, democratizando esses espaços e fortalecendo a participação popular. Como evidenciam Ferreira e Brotto (1997), os Conselhos Locais de Saúde são espaços de articulação e amadurecimento de propostas de usuários e profissionais de saúde no enfrentamento das questões de saúde na comunidade local. Isso nos leva a entender que o processo de constituição dos Conselhos Locais de Saúde traz, como marca fundamental, o

processo de construção da participação popular dos movimentos comunitários e, por conseguinte, a efetividade do controle social nas ações do Programa Saúde da Família.

3.4 Níveis e formas de participação dos Conselhos Locais de Saúde nas ações desenvolvidas pelo PSF

Uma das inovações trazidas pelo Programa Saúde da Família refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação popular e o controle social. Esses mecanismos estão relacionados à implantação de Conselhos Locais de Saúde que se consubstanciam tanto na gestão do programa através dos movimentos comunitários locais quanto na própria metodologia e seu processo de trabalho. A esse respeito relata uma profissional do PSF:

[...] o PSF, além dessa participação tá dentro da filosofia do programa, quer saber como é essa participação, que é assegurada de fato e de direito aos usuários, né? Na questão... como é que vai se dar esse controle social? O controle social ele só vai dar diante dessa participação dos usuários. Então que controle é esse que os usuários não participam? Então, assim, o PSF, a equipe como um todo, tem essa preocupação de despertar nos usuários a questão da participação e do controle social (P4: 11-08-04).

Questionados sobre a participação dos comunitários, com assento nos Conselhos Locais de Saúde, na programação, execução e avaliação das ações internas nas unidades de saúde, a maioria dos profissionais respondeu negativamente, informando que esse nível de participação ainda não foi atingido pelos comunitários, destacando, especificamente, a questão do planejamento interno das ações do programa:

[...] Não participa, não tem essa participação especificamente na programação, na execução e na avaliação [...] Eu acho que isso é falho. Eu acho que a população deveria estar junto com a gente, fazendo essa programação, tá? (P3: 03-08-04).

Esta limitação está melhor definida nos seguintes depoimentos:

Não, eu diria que não. Eu diria que ainda não tem esse nível de participação não, entendeu? Quer dizer, tem como eu te coloquei, assim, há sugestões pontuais, se discute, a gente, na verdade, tem levado muito mais a discussão pras questões de, por exemplo, de questão do saneamento, a questão do lixo, a questão do medicamento, mais assim as questões locais de planejamento. A gente acata sugestões, de vez em quando eles colocam que era melhor o atendimento daquela forma. Mas, assim, se eu lhe disser que há, realmente, uma participação efetiva nas nossas ações de planejamento local da equipe, não. A gente ainda não tem avançado nesse processo não. Porque, na verdade, é como eu te digo, a gente tem discutido sempre em pauta muito a questão do... do saneamento, das condições de vida, das políticas, a avaliação de como anda a situação mais geral. E as questões da unidade tá sempre se discutindo falta de medicamento, a questão da demanda reprimida, sempre discute, eles levam essas discussões e a gente tenta, na medida do possível, trabalhar. Mas, assim, de fazer um planejamento, como a equipe faz o planejamento uma vez por mês, discutindo e avaliando dados de impacto, de coeficiente de mortalidade, com a população, diretamente, não. Eu diria que indiretamente a gente escuta - né? - e faz essa ponte, mas como uma coisa sistemática no nosso planejamento interno, não (P1: 13-07-04).

Não, participa não. E é isso foi até bom esse... esse seu trabalho, porque a partir de agora a gente vai até alertar pra isso, porque a gente não repassa muito isso pra eles não. E eu acho que eles têm que saber também isso [...] Eu acho assim que essa participação tem que melhorar muito. É muito incipiente ainda. E a gente tem que trabalhar nesse sentido. Porque eu acho que o conselho, ele tem que saber como é que tá o avanço assim tanto dos programas que a gente faz aqui como também de avaliar, né? [...] Quer dizer que isso... eu acho que a gente ainda tem que avançar muito nesse sentido (P6: 03-10-04).

Segundo o profissional abaixo citado, essa limitação está relacionada também ao fato de que a maioria das lideranças comunitárias, que fazem parte do Conselho Local de Saúde do Tambor, são pessoas da terceira idade, que possuem história de liderança no bairro. Tal profissional assinala que o conselho precisa passar por reformulações no seu quadro, reconhecendo, porém, a participação do atual grupo em algumas ações:

Partindo do pressuposto que... que essa seria uma das ações principais, primordiais dos nossos conselheiros, tem-se percebido pela... pelo retrato do nosso conselho, que ele está um pouco fragilizado, como eu disse anteriormente. Eles são usuários da terceira idade que já tem história de liderança na comunidade, mas devido as suas limitações tanto... da... até de uma simples deambulação - que pra gente, a gente diz simples, mas não é, certo? - eles... esse nosso conselho precisa mudar de roupa - certo?-, pra que realmente esse... essa ação que é a primordial: participar da nossa programação, execução e avaliação das nossas ações, realmente estejam sendo executadas de forma mais precisa. A gente tem algumas ações que realmente eles participam (P2: 18-08-04).

Chama-nos a atenção a colocação dessa profissional, ao enfatizar que o conselho está um pouco fragilizado, associando ao fato de a maioria de seus membros serem pessoas da terceira

idade, como se só as pessoas mais jovens pudessem participar das atividades dos conselhos. Entendemos o idoso como uma pessoa participativa e inserida no meio social. Ao nosso ver, devemos trabalhar o processo de envelhecimento, por meio de sua participação e inclusão social, na perspectiva de valorização de sua identidade pessoal, otimizando o potencial de experiência de vida que essas pessoas possuem.

Percebemos que o nível de participação dos conselheiros comunitários, quanto ao aspecto da avaliação do programa, se dá eventualmente, ou seja, de forma pontuada, isolada:

[...] quando a gente faz um seminário pra avaliar as ações que... eventualmente... Vamos supor, uma vez no ano ou, talvez, de seis em seis meses... Ai eles percebem o que? O que foi realizado, tá lá os resultados, certo? (P3: 03-08-04).

A gente tem um encontrão com todas as lideranças, né? E aí a gente faz essa avaliação geral uma vez por ano - né?-, do ocorrido durante o... né? ... esse ano: o que foi que aconteceu, o que foi que melhorou no PSF em tal bairro? Né? Isso com todos os PSF's. E aí... e também a gente faz essa avaliação no Conselho Comunitário de Saúde (P5: 04-08-04).

Por meio das indagações feitas aos profissionais sobre o processo de tomada de decisão das ações a serem implementadas nas unidades de saúde, observamos nos depoimentos deste segmento que os conselheiros são informados apenas da avaliação das ações do PSF do ponto de vista dos indicadores de resultados alcançados, mas não são envolvidos no processo decisório nem no planejamento das mesmas. Porém, são convocados a colaborar na execução de tais ações. Essa questão vem notadamente expressa nos depoimentos abaixo, sendo que um deles sinaliza que a dinâmica de trabalho nas unidades de saúde não possibilita a participação dos conselheiros no processo de tomada de decisão das ações, visto que as reuniões dos conselhos acontecem uma vez no mês, não sendo possível esperar tal encontro para tomar as deliberações cabíveis:

[...] É tanto que tem mês que a gente faz no conselho, só avaliação de dados, é da questão da mortalidade infantil, de quem se hospitalizou, de quem engravidou, de crianças desnutridas, avaliação dos indicadores que a gente repassa essas informações no Conselho Comunitário de Saúde ou, então, a todo ano a gente tem um apanhado geral, uma avaliação geral... Isso aqui a gente faz questão. Toda vida a gente fez questão de dividir

responsabilidades - né?-, a gente mostrar que o posto de saúde não é da equipe de saúde, mas é de todo... né?... de toda população. É tanto que, assim, quando falta a medicação, o material de curativo, a primeira coisa que a gente faz é levar o problema pra o conselho comunitário... a não ser que seja, assim, um problema interno - né? (P5: 04-08-04).

Olhe, veja só: quando a gente vai ter que tomar alguma decisão em relação a alguma ação a ser implementada na unidade, a primeira coisa que a gente faz é reunir a equipe, não é?... Agora assim, eu digo que não se dá de forma efetiva com o conselho, porque a reunião do conselho só acontece uma vez no mês. Então, muitas vezes, a gente tem que esperar um mês - tá certo? - pra a gente passar essa informação pra o conselho e lá discutir, certo? E não são todas, porque quantas coisas não acontecem no dia-a-dia daqui? (P3: 03-08-04).

A equipe tem toda preocupação de passar pra os conselheiros essas ações que vão acontecer na unidade. Em relação a um trabalho a gente coloca como é que vai ser essas ações, qual a contribuição que eles poderiam dar pra realização disso daí [...] Eles têm acesso e têm informações de todas as ações do programa - certo? -, eles questionam - certo?-, eles fazem perguntas. E tudo que acontece aqui na unidade, em relação, por exemplo, vamos dizer, a horário, a questão de... é... vai acontecer isso, tem um evento, eles são informados, né? Esse acompanhamento, vamos dizer, essa avaliação, ela é acompanhada de perto... E essa avaliação é pra que eles questionem a respeito do funcionamento da unidade, né? Como é? O que é que está precisando melhorar naquela área? Qual o dever dele? Qual o direito que eles têm? Porque os usuários também precisam conhecer isso, despertando neles a questão da participação, que a participação é fundamental para a resolutividade de qualquer trabalho, certo? É importante que eles participem... Então, assim, o acompanhamento, eles têm toda abertura (P4: 11-08-04).

Corroborando com as falas dos conselheiros comunitários, quando eles se referiram às proposições encaminhadas pelos conselhos, os profissionais apontam o envolvimento mais intenso dos conselheiros com as questões gerais relacionadas à melhoria das condições de vida da comunidade:

Uma coisa eu vi, que foi importante, foi esse projeto de urbanização. Aí eu vi sim, a comunidade interessada - tá certo?... quer dizer, a gente trabalha juntos - né? - nesse projeto, a gente teve uma participação grande... E a gente viu que a comunidade - tá certo? Como era uma coisa que era de interesse pra eles... Então a população se mostrava participando ativamente (P3: 03-08-04).

[...] o bairro que passou pelo um processo - tá passando pelo um processo de um projeto de urbanização e isso é importante em termos de prática de ajuda na questão do controle, da participação popular, de tentar políticas públicas mais dignas, de intersetorialidade, porque é uma coisa que movimenta muito, que mexe com uma coisa concreta, que é moradia, né? Então, esse projeto veio como houve também um pouco de... a SEPLAM, junto com outras secretarias, começaram a dá uma trabalhada mais junta. Então é uma ação concreta e a população se envolveu bastante nesse processo, né?... (P1: 13-07-04).

Conforme observamos nas falas dos profissionais, os conselheiros comunitários não participam do planejamento interno das ações nas unidades de saúde. Entretanto, a participação efetiva desse segmento se dá, de forma propositiva, nos problemas gerais do bairro, como por exemplo: a necessidade de investimentos de caráter público como saneamento básico; oferta de medicamentos básicos para a população local; a questão da coleta de lixo, entre outros. A participação da comunidade, por meio de suas formas de organização na discussão das prioridades para o bairro, está relacionada com a proposta do PSF, no sentido de envolver toda a comunidade nas questões sociais, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos comunitários.

Portanto, em consonância com o discurso dos conselheiros, os profissionais indicam a efetividade do processo de participação popular, tendo como parâmetro os diferentes níveis de intervenção dos conselheiros, que vão desde a simples interferência na pauta de discussão dos conselhos até a capacidade de argumentação na defesa de propostas e entendimentos das questões discutidas, traduzindo-se em melhorias e benefícios para as comunidades.

3.5 A relação do PSF com os Conselhos Locais de Saúde: incentivo à participação popular na construção de um novo modelo alternativo de assistência à saúde

Conforme as diretrizes estabelecidas nos documentos oficiais do PSF, estão previstos o incentivo e o estímulo à participação dos usuários nas ações e serviços de saúde. Para tanto, as ações desenvolvidas por esse programa devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação, no que se refere à participação popular, especificamente, à aproximação da população assistida na vigilância das ações e serviços de saúde:

A gente tem priorizado a participação popular, porque é um dos objetivos do programa [...] nós temos conquistas, nós já tivemos vitória diante da participação da comunidade. E a gente só vai conseguir muito mais à medida que os usuários vão participando, que eles vão questionando, certo? E a gente... há até essa proposta, que teve, da gente, duas vezes por ano, sentar com a Associação de Moradores - né? -, mostrar a importância, o acompanhamento - né? -, a participação deles, de se informar o que realmente está

acontecendo na unidade, diante das dificuldades que a gente vem encontrando aqui no bairro, a questão do... do lixo, né? A gente sempre teve a preocupação de fazer todo um trabalho de sensibilização junto aos grupos, né? (P6:11-08-04).

O depoimento do profissional a seguir demonstra que o PSF vem tentando estabelecer uma articulação com os Conselhos Locais de Saúde, na perspectiva de buscar minimizar os problemas de saúde dos bairros:

Quando a gente fala no Conselho Comunitário de Saúde, a gente vê uma... um elemento bastante significativo em... quando ele é realmente ativo e quando ele tem um propósito do controle social das nossas ações [...] Então, ao longo desses anos [...] temos avançado quanto às ações efetivas para a participação do usuário como sujeito, cidadão nas ações previstas ou planejadas pelo PSF. Há um envolvimento da comunidade nas ações do PSF, pelo menos é o que a gente vem tentando fazer ao longo desse processo, tentando mobilizar as lideranças locais e a população de um modo geral a se envolver no processo saúde-doença, envolvendo a comunidade e buscando melhor qualidade de vida pra nossos usuários (P2: 18-08-04).

A organização dos Conselhos Locais de Saúde vem sendo feita pela equipe do PSF, como forma de mobilização dos moradores dos bairros, permitindo que os conselheiros ampliem sua capacidade de participação nas reuniões, reconhecendo-as como espaço voltado para a valorização da comunidade, onde qualquer morador presente possa participar, discutir e socializar o problema de sua rua ou problemática comum a todos:

[...] Então o PSF continua - né? - persistindo, desenvolvendo ações - né? - que sensibilize esses usuários para participar ativamente do controle social (P4: 11-08-04).

Quando indagados sobre como se dá a relação do PSF com os Conselhos Locais de Saúde, os profissionais firmaram ser a relação bastante satisfatória, considerando que a equipe vem procurando incentivar a população a participar efetivamente na gestão local das ações do programa:

[...] a relação do PSF com o Conselho Comunitário de Saúde, tem essa abertura, esse processo democrático - né? - de participarem. Porque não adianta você realizar ações sem a participação da comunidade (P4: 11-08-04).

Essa nova forma de se trabalhar a questão da saúde, em parceria com o conselho, está evidenciada nos seguintes depoimentos:

Eu acho que a relação é a própria... é a relação que foi resultado da própria criação do Saúde da Família, né? O Conselho Comunitário de Saúde foi criado no bairro justamente com a formação do Saúde da Família. Um dos pilares do Saúde da Família é o controle social, é a participação popular. E a gente, chegando aqui - né?-, começamos já colocar mais um desses pontos pra serem implementados. E aí o conselho comunitário, ele nasce junto com o conselho de saúde. Evidentemente, aproveitando o que o bairro já tinha de organização. Tentando, a gente, aglutinar Clube de Mães, SAB's, algumas outras entidades que tinha, a igreja, tentando aproximar o pessoal da cheche, o pessoal dos grupos escolar, junto com a gente do Saúde da Família, agente comunitário, pra que a gente realmente tentasse organizar o Conselho Comunitário de Saúde, entendendo que o Saúde da Família tem um espaço privilegiado pra desenvolver essas ações, porque a gente já tem como princípio nossa participação popular como ponto fundamental pra desenvolver pra que a gente possa avançar - né? -, pelo menos pra que a gente tente um dos objetivos da gente, que é melhorar as condições de vida, entendendo saúde como um resultado disso, né? (P1: 13-07-04).

Eles têm uma ligação muito grande com o PSF, porque todo mês a gente discute todos os problemas dos postos de saúde - né?-, a gente já leva pra reunião de conselho. Acompanha a falta da questão de medicação, material de curativo, né? Quando é reivindicação para o secretário, para a prefeita ou seja a quem for, esse... essa... esse ofício - né? - e a gente tem uma ligação muito grande, porque todos os problemas do bairro e do posto de saúde - né?, como um todo, é discutido no conselho (P5: 04-08-04).

É efetiva. Assim a gente fez o ano... esse ano já um movimento ali sobre a parte artístico-cultural e o conselho... a gente fez várias reuniões com o conselho. E o conselho, assim, participou muito ativamente. E foi um sucesso a amostra. E todas as ações e a programação a gente combinou tudo com o conselho. E o resultado foi excelente (P6: 03-10-04).

As falas dos profissionais reafirmam a participação e o controle social como um dos pilares do PSF, evidentemente aproveitando o que os bairros já tinham de organização comunitária, confirmando o já sinalizado pelos conselheiros, quando se referiram à formação dos Conselhos Locais de Saúde a partir da implantação do PSF. Assim, a implementação dos Conselhos Locais de Saúde, em Campina Grande, foi parte integrante das ações específicas do PSF. Tanto é assim que as equipes dedicam quatro horas exclusivas para a atividade nesses espaços comunitários:

[...] A gente tem quarenta horas semanais - né? E dentro dessa carga horária, a gente já dedica quatro horas pra atividade do conselho comunitário, né? Então, na verdade é um trabalho que o PSF tem priorizado com a participação popular (P1: 13-07-04).

A equipe do PSF possui relevante papel na condução dos Conselhos Locais de Saúde, contribuindo decisivamente para o debate específico sobre o setor saúde e, principalmente, para a efetivação da mobilização da comunidade para que esta se envolva nos problemas existentes. Essa relação é muito significativa, tendo em vista que as equipes vêm contribuindo tecnicamente para a efetivação do controle social junto à comunidade na gestão das ações do PSF:

Eu acho assim que a gente... é... a gente tenta fazer isso. Agora eu acho assim a comunidade meia passiva. A gente tem que tá em cima, sempre estimulando. Depois da assistente social, eu acho que melhorou bastante. E eu acho que daqui pra frente a gente vai melhorar mais ainda. Mas eu acho que a gente tem que também ir nesse sentido de colocar assim pra eles participarem mais [...] Mas assim é porque a comunidade já tem assim certos vícios que é um processo assim de construção [...] Eu acho que, no momento, a gente vem estimulando bem mais e aí a resposta vem aos pouquinhos é o que tá melhorando um pouco [...] a gente tem tentado conseguir pra que esse movimento dê uma sacudida. Evidentemente que a gente não tem essa capacidade, nós não vamos poder, somos elementos externos do bairro - né?-, a gente não é morador do bairro, não vai ter essa capacidade de tá organizando os movimentos. Eu tô dizendo, assim, no sentido de dá uma impulsionada, porque na medida em que a gente convida cada representante dessas entidades pra se juntar no conselho, há também uma forma de que esses representantes volte pra suas entidades e também comecem a repensar, a se envolver mais com as questões da saúde. E aí eu acho interessante, que o Saúde da Família permite, porque não veio como um programa, como uma coisa pontual, que veio e que passou, então isso dá mais uma certa credibilidade e resgata nos moradores e nos usuários, realmente, como uma coisa constante (P1: 13-07-04).

A relação dos profissionais com os conselheiros é boa, de respeito, de troca mútua de experiências. É boa no sentido de que, muitas vezes, os profissionais contribuem no processo de formação dos conselheiros, buscando em outras instâncias cursos de capacitação para os conselheiros comunitários. Ao passo em que as equipes promovem esses eventos, estimulam e incentivam os conselheiros a participarem e, concomitantemente, a tomarem posições mais politizadas dentro dos conselhos e da própria comunidade. Ainda a esse respeito relatam os profissionais:

[...] Outra coisa importante que a gente tem tentado fazer é curso de formação de conselheiro, né? [...] que foi a assistente social que conseguiu com o pessoal do CENTRAC¹⁰, curso de formação de conselheiro, mas você sabe que isso é capacitação permanente, as pessoas têm que tá - né? - num processo (P1: 13-07-04).

¹⁰ Centro de Ação Cultural, entidade da sociedade civil, fundada em 1986, que se define como Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, e que tem como missão contribuir para a formação de uma cultura cidadã, com

[...] Essa questão da capacitação dos conselhos locais, além de ser uma proposta também, que foi colocada, também foi aceita por todos os grupos, onde eles participaram, onde eles colocaram quais são as dificuldades encontradas, que realmente precisa envolver os jovens - né?- nessa capacitação [...] Então é essa capacitação dos conselheiros, que eu falei, ela tá pra ser novamente este ano - né?-, que é o terceiro ano que já vai ser implantado. E as propostas de discussões, de como deve ser a capacitação, nós discutimos com os conselheiros, com as instituições existentes no bairro, com as escolas, pra que eles coloquem quais são os problemas, quais os assuntos. E sempre, em toda capacitação, a gente tá discutindo a questão da participação. Como é essa participação ela é ativa, ela é passiva? (P4: 11-08-04).

Reportando-nos às recomendações de Bravo (2001), assinalamos que para se efetivar a participação popular, tendo em vista a viabilização da democratização na saúde, é necessário a realização de capacitação e assessorias permanentes para os conselheiros de saúde, na perspectiva de fortalecer o projeto democrático no campo da saúde.

Os discursos a seguir reforçam a tese de que a estratégia adotada pelo PSF vem propondo uma nova dinâmica para estruturação dos serviços e ações básicos de saúde, incentivando à participação popular na adesão de suas ações, através de uma metodologia partilhada entre profissionais e usuários. Busca-se, assim, a satisfação dos usuários através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, implicando na construção de um novo modelo de assistência à saúde que insere o sujeito/usuário num contexto mais abrangente, priorizando o ser humano enquanto cidadão e estimulando-o ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria da qualidade de vida:

Quando a gente muda de um roteiro tradicional, anterior, centrado na doença, que vem agora pra um modelo centrado na promoção e vigilância à saúde do usuário, ele traz também desafios a serem enfrentados pela equipe. Nos desafios... um dos desafios foi realizar um planejamento de acordo com a situação dessa comunidade, ou seja, com o perfil epidemiológico dessa... dessa comunidade... Porque a gente trabalha com o... o conceito mais amplo de saúde, que é a busca da qualidade de vida desse usuário: direito à educação, o lazer, religião, transporte pra minimizar as injustiças sociais que são bem dimensionadas e bem cristalizadas ao longo desses anos (P2: 18-08-04).

Então sempre, sempre o Saúde a Família, a unidade, ela tá sendo uma referência, mas não é só pra as questões de saúde. A gente recebe a questão da violência - né?-, do espancamento, a questão [...] das mulheres, a questão das formas de drogas, a questão da prostituição

ênfase nas políticas públicas, junto às organizações da sociedade civil e demais cidadãos empenhados na consolidação da democracia com justiça social (Folder Informativo do Centrac Campina Grande-PB).

infantil. Quer dizer, a gente se tornou uma referência que extrapolou. Acho que como a proposta do Saúde da Família extrapola o conceito de saúde não como doença, então todas essas questões sociais, também são centralizadas na gente, né?... porque já reflete uma compreensão diferente de saúde. Então, muita vez, você diz: “como é que a gente vai dá conta de tudo?” Mas, na verdade, é uma proposta de se fazer saúde diferente, entendendo um novo modelo, com um novo conceito. E aí a população, mesmo sem entender toda a metodologia, mesmo sem entender isso, mas na prática, ela vê que a gente trabalha de uma forma - tanta, né?... Mas, assim, ela já entende uma lógica. Porque uma unidade em que o usuário chega pra discutir questões assim da... da... da questão... de problemas sociais, ela já tá entendendo que ali ela vai muito mais além do que a questão da doença - né?-, pela própria prática (P1: 13-07-04).

Vasconcellos (1998) ressalta a importância da participação da comunidade nos serviços e ações de saúde, em particular, a experiência desenvolvida pelo PSF, na perspectiva de construção do conceito de saúde como melhoria de qualidade de vida. Percebemos, nos depoimentos abaixo, que os profissionais, de um modo geral, estão preocupados com a inserção social da comunidade, a qual pode indicar a participação dos usuários como sujeitos ativos no processo saúde-doença, enquanto melhor qualidade de vida. Esse entendimento está melhor definido nos seguintes depoimentos:

[...] em todas as nossas ações desenvolvidas pela equipe, a gente procura executar essa ação. Desde da... é... quando a gente faz o atendimento corpo a corpo ou quando a gente tá com um grupo maior numa sala-de-espera... Não só dessas ações ligadas à saúde, mas aquelas ações que são indiretamente ligadas à saúde, mas que interferem bruscamente no processo de saúde e doença do usuário [...] Então, ao longo desses anos, nesse processo de crescimento profissional nesta comunidade, temos avançado quanto às ações efetivas para a participação do usuário como sujeito, cidadão nas ações previstas ou planejadas pelo PSF. Há um envolvimento da comunidade nas ações do PSF, pelo menos é o que a gente vem tentando fazer ao longo desse processo, tentando mobilizar as lideranças locais e a população de um modo geral a se envolver no processo saúde-doença, envolvendo a comunidade e buscando melhor qualidade de vida pra nossos usuários (P2: 18-08-04).

[...] as pessoas antigamente [...] eram acostumadas a ir pra um serviço, ser atendido de bolo, várias pessoas e várias horas e no instante vim embora. Na medida que você qualifica essa consulta, o atendimento, um grupo, quer dizer: vai mudando as práticas, as pessoas têm um certo impacto no início, mas o que é bom e que vem pra melhorar, as pessoas percebem logo, né? (P1: 13-07-04).

O interesse das equipes do PSF encontra-se na mudança de prestação da assistência à saúde, revendo a postura de centralidade do profissional, e na unidade pela efetiva participação

da comunidade, pela autonomia dos usuários inseridos nos grupos já formados ou nos Conselhos

Locais de Saúde:

A gente entende todo dia que não se pode mais reproduzir práticas autoritárias de que você é o dono do saber [...] Porque eu acho que a própria informação que é necessário pra que mude os hábitos [...] E eu acho que o processo de informação e de educação é você contribuir pra que as pessoas tomem consciência e mudem suas práticas de vida que não são saudáveis - né? - ou que podem contribuir para serem mais saudáveis. Então a gente tem tentado trabalhar dessa forma [...] E aí a gente tem tentado o envolvimento com a comunidade, da forma que esse conselho de saúde, pra mim, ele é uma das coisas que a gente mais vem insistindo, porque na verdade não dá pra você mudar essa realidade sem a participação da população... Então ou você politiza, ou você chama o cidadão pra ele se sentir co-responsável como fazendo parte da história dele, e como agente, ou então é um fracasso também. O caminho é esse (P1: 13-07-04).

[...] a coisa mais importante que já aconteceu - né? -, quer dizer, faz parte do programa é a participação dele [usuário], nos grupos que a gente forma - né? -, no Conselho Comunitário de Saúde, os Grupos Educativos e... e em outros projetos - né? -, que vem aqui pro bairro. A gente se reúne, faz reunião à noite, já fez muita reunião já em final de semana com a população. Não só com as lideranças - né? -, mas também a gente pretende, assim, engajar mais gente, a população mesmo e os usuários nesses programas que vem pra aqui que a gente nunca... né?... antigamente não se acompanhava, alguma pessoa, uma liderança. E a gente faz questão que toda população acompanhe todo programa que vem aqui pro PSF. Tudo que acontece no bairro a gente faz questão que a população esteja engajada - né? - e que participe e que acompanhe, que façam parte de todo o processo (P5: 04-08-04).

Ficou evidenciado, na totalidade da falas dos profissionais, que a atenção à saúde, no modelo defendido pelo PSF, não esteja restrita apenas à assistência médica. A doença não é tratada de forma isolada, mas considerando-se os principais fatores que determinam o seu surgimento como alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, educação, esporte, cultura, geração de emprego e renda, entre outros. Entendemos, assim, que o princípio norteador do PSF está em consonância com o paradigma defendido por Mendes (1999), - o da “*produção social da saúde*” -, cujos fundamentos explicativos estão inseridos na teoria da “*produção social*”. Segundo esse autor, a produção social propõe elementos explicativos para o rompimento com setorialidade da realidade, permitindo a ruptura com a idéia de saúde centrada na atenção da doença, deslocando-se para uma concepção de saúde resultante dos fatores políticos, socioeconômicos, culturais, ideológicos e cognitivos.

Os depoimentos dos profissionais apontam para uma realidade em que o Programa Saúde da Família vem tentando se constituir como uma das estratégias de reestruturação da atenção básica dos serviços de saúde, impulsionando o processo de implementação da participação popular na saúde local, contando como parceiros diretos com os Conselhos Locais de Saúde na operacionalização de suas ações.

3.6 A relação dos Conselhos Locais de Saúde com o Gestor Municipal

A relação dos conselheiros comunitários de saúde com o gestor municipal e suas instituições públicas, particularmente a Secretaria Municipal de Saúde, vem assumindo um teor de cobranças, permeada por uma dinâmica política. O gestor é aqui identificado como responsável pela prestação dos serviços públicos, essenciais à população, e os conselheiros comunitários, como representantes dessa população, que reivindicam melhores condições para as comunidades. Nesse sentido, a relação entre conselhos comunitários e o gestor municipal, do ponto de vista de suas reivindicações, pode ser caracterizada como sendo uma relação de constante enfrentamento. Dentre essas reivindicações, podemos destacar, com base nos discursos dos conselheiros, a questão da carência de medicamentos básicos nas unidades de saúde. Nesse mesmo entendimento, afirmam os conselheiros:

A gente só pede isso: que a medicação venha em dia. E quando falta, olhe, o secretário sabe que eu sou a primeira a ligar pra 'Panorâmica', que seja pra 'Hora do Povo'. Eu, C3, toda vida fiz isso, não vou deixar de fazer (C3: 24-06-04).

[...] A respeito do gabinete odontológico e se falta medicamento. A gente já discutimos até no Orçamento Participativo. A gente já levamos ao conhecimento do secretário de saúde várias vezes. Eu sou um dos que cobrar é uma palavra muito pesada - né?, - mas eu sempre sou um que tô reivindicando. E sempre, sempre a gente tem um não. Eu... já dez anos e até agora o gabinete não saiu - né?, mas que eles são conhecedor dessa... desse caso, eles são conhecedor (C1: 15/07/04).

Esses discursos indicam avanços na capacidade interventiva dos comunitários, na medida em que se configuram numa relação de cobrança e reivindicação junto ao gestor. Nesse sentido, entendemos que a participação é um processo constante de embates e lutas e que o exercício democrático da convivência entre os dois segmentos diferentes, com capacidade de argumentação, mobilização e crítica, incide na construção do processo democrático. Para Sousa (2002), a participação é um processo construtivo, que deve vir relacionada à democratização da saúde e se vincula à reivindicação por parte da comunidade em busca do acesso universal e igualitário, na perspectiva de que a população excluída tenha acesso aos serviços e ações de saúde.

Isso implica que a negociação é compreendida como um componente da relação democrática que caminha na perspectiva de construção do consenso, sendo percebida pelos conselheiros como uma conquista:

Já, a gente já fez muito isso [negociação]. E a última foi quando tivemos diretamente falando com a prefeita sobre a urbanização do Pedregal, pra saber quando começava a obra. E ela nos garantiu que seria no dia cinco, até que realmente foi inaugurado (C2: 13-07-04).

A respeito desse processo, assinala outro conselheiro:

A urbanização, ela... a gente começamos, fizemos muitas reuniões no conselho, com o pessoal da SAB, com o pessoal do Club de Mães e juntamos e montamos uma comissão, tirada do conselho de saúde pra uma reunião com a prefeita e ela garantiu a nós que 100% não, mas que cerca de 50% a mão de obra é feita pelo bairro, pelo pessoal que mora na comunidade - né? - porque aqui existe muita... muitos profissionais parados. Profissionais e até mesmo os ajudantes. E daí, pra minha surpresa, eu recebi um telefonema do secretário de obras confirmando essa... essa mão de obra - né? - que eu fiquei até surpreso com isso (C1: 15/07/04).

Tais conquistas já foram expressas anteriormente no momento em que os conselheiros se referiram à importância dos Conselhos Locais de Saúde para a comunidade, listando os avanços já obtidos para os bairros, a partir das deliberações e encaminhamentos dos referidos conselhos.

Em contrapartida observamos nos depoimentos a seguir que outras propostas dos conselheiros não foram acatadas por parte do gestor municipal, a exemplo do gabinete odontológico para a unidade de saúde do Pedregal e dos agentes comunitários de saúde terem que residir na mesma área de atuação:

Olhe, algumas propostas a gente teve discussão severa dentro do conselho, por causa que alguém, algumas pessoas não quis, não queriam acatar, né? Por exemplo, a questão de a pessoa morar na micro-área... essa reivindicação é a respeito dos agentes de saúde, certo? Inclusive, é, um agente de saúde com quase dez anos de...de atuação, foi tirado porque ia morar em outro bairro, em outra rua, em outra micro-área. Então quer dizer, a gente... foi uma luta muito grande pra gente conseguir que ela permanecesse. E ela... daí ela disse que não queria mais e tchau e acabou, né? Então isso foi coisas que a gente enfrentamos muitas...muita luta dentro do conselho, né? (C1: 15/07/04).

A gente... o que a gente bate muito em cima é que venha uma equipe de odontologia. A gente...nós somos carentes [...] de um setor odontológico. A medicação quando falta, a gente vai atrás. A gente chama o secretário, a gente chama alguém da prefeita (C3: 24/06/04).

[...] E outra coisa também que a gente é... é... conversou na reunião é a questão da... dos ACS não morar... morar na comunidade e sim na área. A gente acha isso errado até porque eles têm uma importância muito grande no Programa PSF, que só funciona por conta deles, pois não precisa elas terem que morar numa determinada área pra conhecer os problemas dela. (C2: 13/07/04).

A proposta inicial recomendada pelo Ministério da Saúde é a de que os agentes comunitários de saúde devem residir no mesmo bairro onde trabalham. Entretanto, torna-se imperativo nos discursos apresentados pelos conselheiros que as ACS não deveriam seguir estritamente essa diretriz, pois estariam forçando uma situação. Os conselheiros comungam com a idéia de que não é preciso, necessariamente, morar no mesmo bairro e/ ou área de atuação para conhecer os problemas do bairro. Não concordam com o afastamento desses profissionais de seus locais de trabalho, mesmo que eles venham a residir em outras áreas.

Nem sempre foi possível atender às reivindicações apontadas pelos conselheiros locais, desencadeando-se uma relação de cobrança, pautada no enfrentamento com adversas forças políticas. Essa relação se constitui em um desafio para os conselheiros comunitários, na medida em que procuram manter suas reivindicações, utilizando como forma de pressão a denúncia.

Nesses termos, a atuação dos Conselhos Locais de Saúde torna-se propositiva no sentido dos comunitários serem capazes de interferir nas práticas da administração municipal. A esse respeito, conforme já referendamos anteriormente, Péret (2001) adverte que se os Conselhos Locais de Saúde forem deslocados do eixo político-administrativo das unidades de saúde, haverá uma tendência de afastamento entre os profissionais de saúde e a população, estabelecendo-se um abismo entre os serviços de saúde e usuários.

A constituição da relação entre os Conselhos Locais de Saúde e o gestor municipal, principalmente a Secretaria Municipal de Saúde, pode ser considerada como um grande desafio a ser enfrentado por seus membros, visto que esses vêm buscando continuamente superar posturas e práticas autoritárias e centralizadas, que comprometam o processo democrático.

Nesse sentido, a democratização dessa relação acima explicitada é relevante do ponto de vista político, uma vez que os conselheiros vêm conseguindo articular forças e esforços na discussão de temáticas e propostas que dizem respeito à construção da organicidade dos conselhos, encaminhando propostas advindas das demandas das comunidades para as demais instâncias em nível municipal, assumindo uma modalidade diferente na sua forma de atuação e interlocução com o gestor municipal. Essa interlocução vem se efetivando através de uma participação direta dos conselheiros por meio de documentos de abaixo-assinado, projetos, dentre outros. Desse modo, entendemos, como Bravo (2001), que são os comunitários quem percebem, no cotidiano das unidades de saúde a efetividade ou não das ações e, principalmente, as lacunas deixadas pelos serviços de saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde vêm conseguindo estabelecer com as demais instâncias uma relação em torno das propostas comuns, embora efetivada de forma incipiente visto que sua mobilização ainda se restringe ao momento das reuniões. Esse aspecto revela uma fragilidade no tocante à pouca capacidade dos conselhos em ampliar sua atuação para além das reuniões, dando-lhes credibilidade frente à comunidade; ou seja, a relação dos conselheiros com a

comunidade ainda não vem conseguindo tornar-se um vínculo orgânico em que a população os identifique como aliados na defesa de suas necessidades.

Isso nos remete a entender que apesar de contar com muitas lideranças ligadas ao movimento comunitário em suas reuniões, a atuação dos conselhos vem predominantemente se dando com pouca visibilidade junto à comunidade em geral, denotada pela incipiente participação das pessoas não representantes do movimento comunitário:

O que falta mesmo é a comunidade participar em massa, até porque é a comunidade que sabe o que tá passando. Um grupinho só não vai resolver as coisas (C2: 13-07-04).

É um conselho que é forte, né? Se a gente se unir mesmo a gente pode chegar mais longe, né? Só que muita gente não participa. A nossa dificuldade é só essa, que a gente tem poucas pessoas que participa. Só as lideranças mesmo do bairro, que são ligadas ao conselho [...] Mas a gente ainda precisa muito ter a participação da comunidade. A gente convoca...é por exemplo, é... diretores de colégios, a gente sempre convoca, mas é difícil aparecer. Alguma vez é que já apareceu um lá, uma [...] E comerciantes... aqui a gente tem muito comércio, mas nenhum comparece à reunião pra saber o que tá acontecendo no nosso bairro (C1.: 15-07-04).

Entendemos que, para os conselhos terem visibilidade na população, é preciso examinar seu grau de articulação com os diversos segmentos sociais e com a comunidade em geral, na medida em que seus membros discutam previamente com suas entidades as pautas e proposições das reuniões, bem como a divulgação na comunidade, para não caírem na representação de “*si mesmos*”.

Ainda assim, os Conselhos Locais de Saúde vêm conseguindo manter a realização de suas reuniões, visando aos interesses e prioridades dos bairros por meio de sua organização através de profissionais de saúde, usuários e conselheiros. Apesar do pouco envolvimento da comunidade, os conselheiros vêm conseguindo manter sua força de negociação política junto ao gestor municipal. Essa organização política vem notadamente expressa no depoimento reivindicativo abaixo, resultando em avanços nesse processo participativo:

[...] Se falta remédio no posto de saúde, a gente reivindicamos. Não só as médicas, nem as agentes, mas sim os líderes da comunidade, que são pessoas do conselho [...] É um projeto

de urbanização que vem do Banco BIRD, né?, que foi aprovado e tá aí o projeto para o Pedregal II e III (C4: 19-08-04).

É interessante registrar que a maioria dos discursos apresentados pelos conselheiros referenda o elemento da participação associado às questões de cobranças e reivindicações junto ao gestor municipal. A participação popular deve, no nosso entendimento, ir muito mais além desses aspectos consagrados pelos conselheiros. Como coloca Bravo (2001), a participação da população deve ser concebida como a gestão participativa nas políticas de saúde, ou seja, a sociedade civil planejando, propondo, fiscalizando e avaliando as ações e serviços da política local de saúde.

Por todo o exposto, é possível depreender que a participação por parte dos conselheiros comunitários, no tocante ao controle da política de saúde local, é um processo que está em construção, apresentando-se como um desafio em um Estado com ainda fortes indícios de autoritarismo e centralismo. Mas, os Conselhos Locais de Saúde, através de suas lideranças comunitárias, vêm se destacando em suas trajetórias políticas como mecanismos de participação e controle social, pautados na capacidade reivindicativa e interventiva de seus conselheiros.

CAPÍTULO IV

PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A PARTICULARIDADE DO PROCESSO NOS GRUPOS EDUCATIVOS, NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

4.1 Serviços/ações oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde do PSF: Grupos Educativos em saúde

Um mecanismo importante, na metodologia do Programa Saúde da Família e seu processo de trabalho, refere-se às práticas de educação e informação permanente em relação ao enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, buscando a integralidade da atenção em parceria com a comunidade. Esta atenção está voltada à prevenção e promoção da saúde, sem contudo descuidar do atendimento curativo, visando atender às necessidades que o dinamismo dos problemas comunitários traz à equipe profissional. Esse mecanismo está relacionado à formação de Grupos Educativos, que inclui ações específicas aos grupos de risco. Essa forma de atuação da equipe vem relatada no seguinte depoimento:

As ações e serviços dispensadas aos nossos usuários são todas as relacionadas à atenção básica... é... da atenção básica em saúde, preconizado, esse programa, no Ministério da Saúde. Nós temos... é acompanhado todos os grupos relacionados à hipertensão, diabetes, portadores de hanseníase, gestantes, menores de dois anos, grupo de aleitamento materno, desnutridos... é... o grupo de saúde mental... enfim, são todas as ações que são preconizadas e estabelecidas. Porque o PSF é a porta de entrada do serviço, de todo o serviço (P2: 18-08-04).

É nessa nova concepção de trabalho que o PSF vem se constituindo como um espaço institucionalizado para as demandas sociais, de tal forma que a aproximação com a comunidade vem se processando através de várias estratégias, dentre as quais destacamos: a abordagem diferenciada no cuidado individual das pessoas; a realização de visita domiciliar como importante estratégia para o desenvolvimento das ações de saúde na comunidade, pois é através dela que as equipes interagem com as famílias e percebem seus hábitos, suas crenças, a forma

como se relacionam com familiares e vizinhos; a formação e o incremento das reuniões mensais com os Conselhos Locais de Saúde; a formação de Grupos Educativos em saúde na dinâmica interna das unidades, buscando, dessa forma, introduzir o papel social que cabe à saúde. Essa nova forma de atuação no trato da assistência à saúde configura-se como projeto estruturante do PSF, cujas ações extrapolam os muros das unidades de saúde, com vistas às práticas educativas e participativas de prevenção de risco e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.

Nesse sentido, Vianna e Dal Poz (1998) colocam que o enfoque da atenção à saúde passa a existir como unidade de ação programática, agindo na perspectiva de alcançar resolubilidade nos serviços, com ênfase no trabalho sócio-educativo, preventivo e promocional da saúde. Nessa perspectiva, são significativos os seguintes depoimentos:

Nós desenvolvemos atividades assistenciais e de promoção e prevenção à saúde. É, em relação à questão da prevenção e promoção, nós temos os grupos - né? (P3: 03-08-04):

Os serviços oferecidos são com os grupos existentes na unidade, como o grupo de hipertenso, diabético, gestante, planejamento familiar, saúde mental [...] Nós temos também outras [...] ações desenvolvidas através de visita domiciliar, o atendimento individual e o atendimento desses grupos. Então, esses grupos nós trabalhamos em formas de oficinas - né?-, com atividades educativas, com... e também nós temos as ações... é... o trabalho na sala-de-espera, que é um trabalho contínuo, onde toda a equipe participa (P4: 11-08-04).

Essas falas indicam que os Grupos Educativos existentes nas unidades de saúde trabalham questões referentes aos interesses dos participantes, buscando a promoção e a prevenção da saúde das pessoas na comunidade. Esses grupos são constituídos com objetivos específicos, relacionados por patologia, faixa etária, ou por determinado trabalho que a equipe queira desenvolver, com a priorização dos grupos de risco identificados pelas equipes, a partir da progressiva substituição da demanda espontânea pela demanda programada. Alguns desses grupos, como é o caso do de idosos, do Pedregal, são divididos em função da grande quantidade de participantes. Os encontros são realizados uma vez por mês nas salas-de-espera das unidades

do PSF e com bastante frequência em espaços alternativos como salões paroquiais de igrejas, dependências de SABs e Clube de Mães. Isso porque as estruturas físicas das referidas unidades não comportam uma demanda maior, sendo pouco ventiladas, pequenas e, em algumas ocasiões, não sendo apropriadas para as atividades a que os grupos se propõem, pois necessitam de um espaço mais amplo onde se possa fazer um trabalho sócio-educativo mais organizado. Essas necessidades, muitas vezes, vêm dificultando o andamento dos trabalhos numa perspectiva de se alcançar uma participação mais efetiva. Tal limitação está melhor detalhada no depoimento de um profissional, quando diz:

[...] E também tem a questão de espaço, né? Às vezes a gente tem um espaço... o espaço, você acabou de ir no espaço onde a gente se reúne, eles às vezes também não oferecem as condições mais adequadas pra que a gente possa fazer um acolhimento de uma forma mais, assim, que as pessoas se sintam mais acolhidas e mais participativas (P1: 13-07-04).

A formação dos Grupos Educativos foi norteadada pelas características demográficas e epidemiológicas das duas comunidades. Nas duas unidades contempladas neste estudo, constatamos os grupos que estão em pleno funcionamento, quais sejam: adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes - assistência pré-natal, crianças desnutridas, saúde mental, planejamento familiar, portadores de hanseníase. Paralelamente aos Grupos Educativos, existem outras atividades ligadas ao PSF, que não estão apenas voltadas para o tratamento de patologias, mas oportunizam a participação e envolvimento da comunidade, dentre as quais destacam-se: projeto de alfabetização, grupos de capoeira, de teatro, de dança, coral de crianças e de adolescentes, formação de grupos de produção de artesanato - principalmente àquelas atividades ligadas à parte da arte, como pintura e crochê. Além disso, existem também os Conselhos Locais de Saúde, visando à articulação com outras instituições para discussão e encaminhamento de problemas de saúde das comunidades, caracterizados como mecanismos que permitem a participação popular:

Nós trabalhamos com grupos educativos. Trabalhamos com grupo de planejamento familiar, de gestante, idoso, hipertenso, adolescente e saúde mental. São os seis grupos educativos que nós trabalhamos no Programa Saúde da Família (P1: 13-07-04):

[...] Então a gente, assim, praticamente tem quase todos os grupos formados. Assim, grupos que a gente, assim, caracteriza como prioridade - né? - para as ações do PSF, que é o ...é.. o diabético, o hipertenso, planejamento familiar, grupo de gestante, grupo de idoso, o grupo de... a gente tinha desnutrido, e terminou a gente desistindo dele. Não desistindo, assim, porque ele não tinha é.. não é porque ele não tinha importância, ele tinha sim, mas a dificuldade de se trabalhar - né? -, porque a gente não tinha material...material financeiro - né? -, pra trabalhar com esses grupos. É, o idoso, que eu já disse, e o grupo saúde mental e adolescente. Então a gente, assim, pelo número de grupos, a gente acha que atinge desde a gestante - né? -, à criança na barriga, até a... a maioria - né? -, que é o grupo de idoso. Então a gente trabalha todos esses grupos (P5: 04/08/04).

Essas falas demonstram a preocupação elementar dos profissionais em manter o pleno funcionamento dos Grupos Educativos, caracterizados como prioritários para o desenvolvimento das ações do programa. Discutindo essa questão, Capistrano (1999) destaca que os grupos formados no âmbito das unidades básicas de atenção à saúde são extremamente importantes e devem ser priorizados na lógica do atendimento, da consulta e do acolhimento dos usuários no espaço destas unidades. Para esse autor, o PSF deve evitar enfoques medicalizantes, recortando a população em patologia. O autor recomenda, ainda, que é preciso também fortalecer as organizações e entidades sociais que já existem na comunidade. Alguns profissionais mostraram-se atentos a essa perspectiva de Capistrano, na medida em que têm procurado privilegiar o funcionamento dos grupos para trabalhar a questão da promoção da saúde:

Esses grupos nós trabalhamos temas diversos, trabalhamos a questão da cidadania, nós trabalhamos sobre o lixo, sobre saúde, sobre qualidade de vida, nós trabalhamos a importância da participação deles nos grupos (P4: 11-08-04).

[...] Eu acho que a equipe se preocupa muito com esses grupos, porque a gente sabe que o mais importante pra se trabalhar numa comunidade com baixa condições sócio-econômicas e sanitárias, é a questão da promoção à saúde (P3: 03-08-04).

No nosso entendimento, a promoção deve ir bem mais além do trabalho com os grupos. Para tanto, lembremos aqui das recomendações de Buss (2000), ao enfatizar que, para se promover saúde, é necessário considerar que a participação seja estendida a toda a população, na

medida em que os comunitários sejam protagonistas, devendo ter oportunidades de conhecer os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, na perspectiva de gerar mudanças de comportamento organizacional, individual e coletivo. O referido autor considera que o conceito moderno de promoção da saúde deve implicar atividades voltadas tanto aos grupos sociais como também aos indivíduos por meio de políticas públicas abrangentes relacionadas ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural. Acrescenta, ainda, a necessidade do esforço comunitário, na perspectiva de beneficiar a saúde de camadas amplas da população com vistas a melhores condições de saúde para a população.

Consideramos que o processo de formação e implementação desses Grupos Educativos vem revelando um quadro particular no âmbito da promoção à saúde, constituindo-se como uma das prioridades fundamentais para o trabalho de educação permanente no processo saúde-doença dentre as diversas ações operacionalizadas pelo Programa Saúde da Família.

4.2 O estímulo à participação dos usuários nos Grupos Educativos do Programa Saúde da Família

Na análise das entrevistas dos usuários que integram os Grupos Sócio-educativos operacionalizados pelas equipes do PSF, observamos que, dos quatros entrevistados, dois deles responderam que fazem parte do grupo de hipertensos, um participa do grupo de saúde mental e outro do grupo de planejamento familiar.

Com relação à frequência nas reuniões dos grupos, todos os usuários relataram que participam praticamente de todas:

Participo de todas as reuniões. É um grupo que com ele eu aprendi muito e faço questão de participar de todas as reuniões (U1.: 19-08-04).

Eu faço parte do grupo de hipertenso. Esse grupo se reúne uma vez por mês [...] Eu sempre participo das reuniões [...] Eu vou todas as reuniões do grupo [...] toda primeira segunda-feira do mês, eu estou lá presente (U2: 09-09-04):

É toda terça-feira, a gente tem uma reunião. Lá a gente brinca, lá a gente dança, lá a gente canta, lá a gente desenha, a gente pinta, a gente passeia, a gente lembra da infância. Passa um filme na nossa vida, um filme gostoso. As vezes a gente chora muito, mas que é um filme muito gostoso (U3: 27/08/04).

Esse encontro que a gente faz nas quarta-feira, porque eu fico na quarta-feira. São dois grupos: da terça e da quarta. Da terça é os mais doente e da quarta já é o mais desenvolvido, né? Ai eu toda semana, a não ser que eu seja motivo de doença ou de resolver algum problema meu, mas toda quarta-feira eu estou no grupo (U4: 24-08-04).

Essas falas sinalizam a preocupação e o interesse dos usuários em freqüentar assiduamente as reuniões dos Grupos Educativos, realizadas pelas equipes nas unidades de saúde do PSF.

Conforme as recomendações do Ministério da Saúde sobre o Programa Saúde da Família (1997), a base de atuação das equipes são as unidades de saúde, mas essas equipes deverão também desenvolver a participação em grupos comunitários, visando estimular a comunidade local a participar das reuniões de grupos, discutindo temas relativos à epidemiologia, ao diagnóstico e a alternativas para resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Com base nessas recomendações, identificamos nos discursos dos usuários uma relação direta entre o estímulo à participação nos Grupos Educativos, na medida em que há metodologias adequadas pelas equipes do PSF na condução desses grupos operativos. Esse entendimento vem relatado nos seguintes depoimentos dos usuários:

Me estimula é eu ter mais conhecimento, né? Quando a gente se reúne em grupo a gente tanto dá como recebe conhecimento [...] O trabalho desses grupos feito pelas equipes é muito gratificante, é uma coisa que a gente vai se aperfeiçoando [...] O trabalho desses grupos feito pelas equipes é muito gratificante, é uma coisa que a gente vai se aperfeiçoando fazer o artesanato - né? -, artesanato de qualidade¹¹. Quanto mais a gente faz, mais a gente confecciona mais vai melhorando o artesanato que a gente fazemos: boneca, pintura. Temos também uma de alfabetização da terceira idade e nada disso existia aqui. Hoje os senhores dizem: “eu to voltando a ser o meu tempo de criança”, porque elas não conhecem nada disso. E isso é uma parceria que dá certo e que é muito interessante e que a comunidade só tem o que agradecer ao PSF, porque muitas coisas mudaram e se desenvolveu muito, muito mesmo, depois do Programa de Saúde da Família (U4.:24-08-04).

¹¹ O grupo de artesanato é uma atividade extensiva a todos os demais Grupos Educativos do Programa Saúde da Família.

É... a minha estimulação é sempre pra tá ali em conjunto com aqueles amigos, que somos dependentes de uma doença, né? – e que lá a gente vai vê nossa pressão, vê se tem o nosso medicamento. A gente só fica magoado quando tem um dia que chega e ele dizer que não tem medicamento. Que a gente vai pronto pra gente trazer o nosso medicamento e aí, às vezes, eles dizem que tá faltando. A questão é que as equipes... essa equipe estimula muito o pessoal aí a vim participar. As vezes quando alguém falta elas vão na casa de quem faltou. É mais os agentes de saúde. Eles sempre é quem convoca a gente. Sempre que tem as reuniões, eles tão convocando: ‘olha, hoje tem reunião’. E aí ele sempre tá lembrando e quando a gente pensa que não a sala tá cheia (U2: 09-09-04).

A última fala apresentada enfatiza a perspectiva medicalizante no processo saúde-doença, uma vez que seu estímulo a participar das reuniões dos grupos está também condicionado ao recebimento da medicação para curar sua patologia.

Observamos nas falas dos usuários inseridos nos Grupos Educativos o reconhecimento do trabalho das equipes do PSF, mediante as formas de acolhimento e atendimento prestado pelos profissionais. Essa forma de atuação propiciou mudanças no trato da assistência à saúde das pessoas na comunidade, valorizando os usuários como sujeitos do processo saúde-doença:

O que me estimula é a forma como a equipe dá valor às pessoas que faz parte do grupo, orientando, escutando a gente. E a gente tá ali com elas, elas realizando palestras para os grupos tanto de idosos, acompanhamento pré-natal pras gestantes, planejamento familiar, e as pessoas trocando informações sobre como evitar filhos, a parte da arte, os grupos de coral. Eu digo uma coisa meu filho: se não fosse esse PSF aqui dentro desse bairro muita gente já tinha engravidado. E é isso que estimula as pessoas, por que esse programa traz muita novidade (U1: 19-08-04).

[...] A gente às vezes quer conversar, não é consulta, mas a gente diz: não, a gente quer falar. Aí elas dizem: o que? Elas até pergunta: quer falar o que? Eu digo: não é falar lá dentro. Quando a gente chega lá, a gente passa pra fora tudo o que a gente tá fazendo, sentindo. E eu faço parte, olhe, de saúde mental. Antes... eu era assim uma pessoa toda quebradinha, mas hoje, graças a Deus, eu sou inteira, eu não preciso mais ir pra psicólogo. Eu fui muito, muito, muito. Hoje eu não preciso, porque hoje eu tenho muita psicóloga boa aqui dentro desse PSF do Pedregal. Muita. Se a gente for fazer a conta, a soma, é demais. E... a gente... eu agradeço muito. Elas valorizam muito a gente na parte da assistência à saúde. Aí tem gente que diz assim: é mas tu dá valor demais a esse PSF! Peraiinda, mas se eu sou do bairro, se eu vivo com elas, se eu vou todas as reuniões que elas vão, se eu não der valor, peraiinda, eu vou tá desclassificando a mim e não a elas (U3: 27-08-04).

Ressaltamos que, dos quatro usuários entrevistados, dois agradecem o trabalho prestado pela equipe do PSF como se fosse um favor, não entendendo que o programa é um direito básico de saúde pública que deve ser estendido a toda população pelo princípio da universalidade.

Quando analisamos o desenvolvimento histórico das políticas de saúde no Brasil, deparamo-nos com uma realidade conflitante, marcada por uma forte tendência do autoritarismo e centralismo do poder estatal no enfrentamento das epidemias coletivas. O Estado caracterizava-se como portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório. A participação da população nesse processo, segundo Carvalho (1995), não chegou nem a ser passiva. A partir da implementação do SUS, o princípio da participação constitui-se como direito de cidadania. Representa um dos traços diferenciadores do SUS para a garantia plena de sua consolidação. Essa mudança de intervenção nos remete a considerar que os depoimentos apresentados nas falas dos usuários dos Grupos Educativos apontam para a construção de um novo modelo de assistência à saúde das pessoas nas comunidades, sobretudo nos aspectos referentes ao acesso aos serviços, à escuta e ao acolhimento por parte dos profissionais das equipes, permitindo a participação local da comunidade.

4.3 Níveis e formas de participação dos usuários nos Grupos Educativos do PSF: concepção dos profissionais

Como já foi sinalizado anteriormente, um aspecto presente na proposta do PSF é propiciar a organização da população local como forma de favorecer a mobilização comunitária para o efetivo processo de participação popular nas ações do referido programa, bem como trabalhar um novo conceito de saúde, enquanto direito de cidadania e qualidade de vida.

Nesse sentido, quando questionados sobre os níveis e formas de participação dos usuários nos Grupos Educativos, alguns profissionais indicam que as práticas sócio-educativas têm conseguido envolver a comunidade nas reflexões realizadas nos grupos, atingindo resultados satisfatórios e esperados na prevenção à saúde. Desse modo, obtivemos as seguintes respostas:

Olha, a gente considera esses grupos de uma boa qualidade, de boa participação. Quando a gente começou com os grupos, a comunidade, aqui, não tinha... antes do PSF, eles não tinham muita essa prática de reuniões - né? -, de se reunir, de discutir - né? - de dialogar (P5.: 04-08-04).

[...] a participação, principalmente do grupo de hipertenso, é efetiva [...] E, assim, a gente nota [...] a melhora de que nunca mais a gente teve nenhum problema de infarto [...] porque quer dizer que eles estão respondendo. Quer dizer que eles estão participando ativamente dos grupos (P6: 03-10-04).

Dessa forma, é possível afirmar que há efetividade da participação dos usuários em alguns Grupos Educativos, na medida que há frequência às reuniões e interesse dos participantes em discutir temas e externar propostas para o trabalho do PSF. Por meio desse processo sócio-educativo os usuários vão adquirindo a cultura de participar, inclusive discutindo e levando problemas gerais do bairro para outras instâncias de participação:

[...] há usuários dos grupos aqui da unidade que levam os problemas do bairro até pro Orçamento Participativo, né? A gente sempre pega todos os ganhos do bairro que foram conquistados com a participação deles, mostrando e tentando despertar o quanto é importante que eles participem (P4: 11-08-04).

Basta dizer que a gente tinha mulheres que não saiam de casa, que nunca tinham participado de nenhum trabalho social e, na medida que eles começam a vir e que chegam e são escutados, não vem lá pra ser um mero expectador, mas que participa, que sugere, que... começa a dar contribuição, que avalia - né? -, que vai mudando. É um próprio processo terapêutico. Na medida que você fala, você também vai criando... é... você vai se criando gente - né -, vai se tornando uma pessoa capaz de dá opinião, de ser escutada (P1: 13-07-04).

Utilizando-se dessas formas de participação, as equipes durante as reuniões, promovem a saúde no tocante ao aspecto preventivo, ocasião em que a população usuária é chamada para participar das ações do programa, na medida em que discute os problemas específicos de cada grupo ou patologia. Porém, a maioria dos profissionais sinaliza que a participação dos usuários nos Grupos Educativos ainda é de forma tímida, lenta e razoável, especialmente no sentido deles darem sugestões de temáticas a serem trabalhadas nas oficinas. Reconhecem certa acomodação dos usuários quanto ao encaminhamento das atividades nos grupos, esperando que a equipe direcione os trabalhos. Essas afirmações estão expressas nos seguintes depoimentos:

Acho que tem uma participação razoável, né? Na verdade, como esses grupos já são dirigidos ou por patologia ou pelo uma faixa etária ou por determinado é... trabalho que a gente queira desenvolver, esses grupos, eles já são chamados com um objetivo determinado. Na verdade, a gente trabalha num bairro que ainda há um índice de desenvolvimento econômico-sócio-cultural muito baixo, assim: a questão educativa, a questão da consciência, a questão da [...] própria participação da população, dos usuários de se sentirem sujeitos do seu processo é uma coisa ainda muito... muito lenta, né?. Mas a gente tem conseguido uma participação muito boa dos nossos usuários (P1: 13-07-04).

Eu considero ainda o nível de participação baixo ou pequeno. É, como eu falei anteriormente, assim, é uma preocupação nossa trabalhar esses grupos [...] mostrar a importância desse trabalho, né? Mas há usuários que já despertaram essa consciência e outros ainda não... Porque a gente quer que os usuários tenham uma participação consciente, que venha contribuir tanto no aspecto propositivo quanto no participativo de nossas ações (P4: 11-08-04).

A gente ainda encontra, assim, um pouquinho de dificuldade na questão deles darem sugestões. Talvez até...talvez seja até pela falta, assim, de conhecimento de algum assunto, né? Porque toda vida eles dizem: “Não, o que vocês trouxeram é bem vindo - né? -, o que vocês trouxeram é bem vindo”. Nunca eles sugerem, nunca. Raramente sugere. Nunca. Mas aí a gente diz: “Olhe, a gente pode trazer isso?” “Ah, tá ótimo. Pode trazer”, né? E aí pra eles...eles discutem, quando a gente tá com o grupo. Agora sugerir, assim, problema pra trazer, questões, na verdade, eles quase não sugere. Mas o que... quando chega, será bem-vindo. E a gente estimula. A gente estimula a eles participarem [...] Olha, como eu já havia lhe falado - né?-, a alternativa, assim, de sugestões é muito pouco - né? -, porque eles esperam que a gente traga, né?... Mas a sugestão é mais nossa. A gente lança pra eles - né?- a sugestão e eles acatam ou não. Mas a participação deles, nesse sentido aí, é mais de... de esperar que a gente traga (P5: 04-08-04).

Percebemos que determinados grupos apresentam uma participação mais ativa que outros. A entrevistada citada abaixo aponta algumas limitações, como a grande quantidade de pessoas nos grupos, horários e periodicidade das reuniões:

[...] Mas já existe outros grupos maiores, como o de hipertensos... a gente tem uma certa dificuldade, porque a gente só tem uma vez no mês, não tem mais tempo, outro horários pra abrir esses grupos - não é? -, que tão... é, como é que a gente vai planejar esses grupos se a gente tem mais de duzentas pessoas fazendo parte do grupo e só tem uma vez por mês... Então esses grupos eu considero, assim, como um mero expectador, por conta da quantidade de usuários e tempo que a gente não tem... e a gente tá tentando formar com menos pessoas - tá certo? -, mas que essas pessoas sejam participativas e entendem o objetivo dos grupos, né?... No geral, se a gente for pensar no geral, alguns grupos eu considero que são participativos... e outros eu considero... que ainda estão como mero expectador. E que eu acho isso errado, porque o nosso grande objetivo na atenção primária - tá certo? -, é trabalhar o indivíduo, a família e comunidade, não trabalhar só na pessoa (P3: 03-08-04).

Em contraponto a fala anterior, o depoimento que se segue não destaca problemas em relação ao trabalho sócio-educativo com grupos numerosos, considerando que os usuários têm uma aceitabilidade boa em termos de participação:

[...] Outros grupos, assim, eles são mais receptivos. Por exemplo, o grupo de idosos, o grupo de hipertenso, é uma população que, por ser mais carente efetivamente, mais privado de participação e de inclusão social, eles têm uma aceitabilidade muito grande, assim, em termos de participação, não é? A gente aqui não tem tido muita dificuldade não na adesão do pessoal a esses grupos tão grandes, porque, na verdade, a gente entende que quanto mais se trabalha grupos numerosos pra você passar a questão educativa, pra você discutir, pra que eles fiquem mais à vontade, que contribuam mais nesse processo, a gente precisa trabalhar muito mais as questões das oficinas e é isso que a gente vem rediscutindo (P1: 13-07-04).

A entrevista a seguir sinaliza pouco avanço no tocante à participação dos usuários nos Grupos Educativos, apontando a necessidade de priorizar também a participação dos mesmos durante o atendimento individual nas unidades de saúde:

Precisa melhorar mais, a gente vê que formas a gente tem que fazer com essa comunidade, de trabalhar... A gente avançou, mas eu acho ainda que de forma lenta. Eu acho que precisava a gente avançar mais e tá mais preocupado. Porque, assim, a gente tá é... é... trabalhando com a comunidade - tá? - e tem mais o que? No conselho a gente vai, discute, mostra que é importante a reunião do conselho, tem as pautas da reunião pra você discutir com a população, mas a gente discute ali, tá? Agora assim, por que não a gente priorizar isso durante os atendimentos, durante os grupos educativos - certo?-, que é importante a participação da comunidade, né? (P3: 03/08/04).

O discurso da profissional está em consonância com o pensamento de BUSS (2000), o qual evidencia a importância de incluir a participação em todas as ações básicas de saúde, seja nas reuniões grupais, nos atendimentos individuais e demais atividades sócio-educativas.

As dificuldades que inibem a participação dos usuários estão associadas a uma série de fatores, dentre os quais os profissionais destacaram: a carência de informação por parte dos usuários limitando-os a sugerirem temas para serem trabalhados nas oficinas; a falta de recursos materiais para se trabalhar as oficinas; a falta de infra-estrutura e locais adequados para se fazer reuniões com a comunidade; a falta de um processo de capacitação permanente da equipe

profissional; a necessidade de incluir nos currículos dos cursos da área de saúde disciplinas voltadas para educação social em saúde; e o excesso de usuários por grupos e a periodicidade das reuniões. Além desses aspectos, os profissionais apontam a questão do baixo nível de desenvolvimento sócio-econômico e cultural da comunidade, referendado pela carência de projetos de inclusão social, associada também ao fato de que as pessoas não têm historicamente construído esse hábito de participar politicamente dos problemas gerais da comunidade:

Na verdade, a gente trabalha num bairro que ainda há um índice de desenvolvimento humano muito baixo, assim: a questão educativa, a questão da consciência, a questão da própria participação da população, dos usuários de se sentirem sujeitos do seu processo é uma coisa ainda muito lenta, né? Trabalhar a educação num bairro desse, onde tem um nível de desenvolvimento econômico-sócio-cultural muito baixo [...] A gente trabalha com uma população com pouca informação - né -, privada dos seus direitos básicos. A gente ainda trabalha com uma população extremamente sem acesso ao básico, como é que ela vai ter essa consciência, né? Eu até acho que ela surpreende muito, né? [...] e as pessoas ainda conseguem ter uma capacidade de chegar, de propor, de tentar dar sugestões de vê, de participar, que até nos dá muita esperança, pra gente, que realmente – né? – o processo é lento, mas é por aí o início, né? [...] É difícil, como eu já te coloquei do início, a gente trabalha num bairro onde as pessoas têm um nível cultural e isso influencia extremamente, onde a informação é pouca, onde projetos de inclusão social é muito pelo contrário, são excluídos - né (P1: 13-07-04).

No referente à questão da cultura, sinalizada pela referida profissional, reportamos-nos às recomendações de Oliveira (1996 apud PÉRET, 2001), ao enfatizar que, tradicionalmente, os discursos valorizam os aspectos políticos da participação. Isso tende a contribuir para um distanciamento dos serviços de saúde dos usuários que comumente são tachados de “*pobres*” e “*desprovidos de cultura*” e, nesse sentido, incapazes de contribuir na definição de proposições para as ações de saúde. Essa perspectiva tende a moldar a participação dos grupos locais envolvidos. Ao falar de comunidade, estamos nos referindo a um coletivo com história, interesses e conflitos particulares, possuidora de uma cultura própria.

A mesma entrevistada assinala que o processo de educação em saúde é extremamente importante e os profissionais precisam ser capacitados para passar informações de forma diferente para impulsionar a participação popular:

Na verdade, eu acho que falta muito mais é a própria capacitação nesse sentido. Então é preciso também que a gente se capacite com métodos, com metodologias. Por exemplo, a questão da educação. É uma questão extremamente importante, que nós profissionais também precisamos ser capacitados pra que a gente possa passar essas informações de formas diferentes (P1: 13-07-04).

Nesse sentido, Campos (1997, p. 192) aborda que “[...] tanto na atenção individual ou de grupo como nos programas comunitários, seria fundamental considerar como tarefa indispensável dos profissionais a transmissão de conhecimentos”. O processo educativo em saúde não deve se restringir tão somente à questão de passar informações. Concordamos com o autor supracitado, quando aponta que o referido processo deve possibilitar e ampliar a autonomia e o autoconhecimento dos usuários, grupos e coletividade, reforçando suas condições de sujeitos sociais capazes de se autocuidarem e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades.

Quanto à questão da capacitação continuada expressa no depoimento da profissional abaixo citada, a nova Política de Educação Permanente em Saúde, adotada pelo Ministério da Saúde (2003) recomenda que o processo de educação e capacitação de pessoal da saúde seja permanente e estruturado a partir da problematização do processo de trabalho e da prática profissional, visando à organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde. Nesse sentido, consideramos fundamental a educação e a formação permanente, pois, concordando com Paim (1993, p. 31), acreditamos que as necessidades da formação advêm da própria realidade dos profissionais que estão inseridos nos serviços de saúde. “[...] os recursos humanos em saúde são, na realidade, os locais, as organizações, os serviços onde estes atuam”. A esse respeito, observemos a seguinte fala:

Na verdade, a gente tem trabalhado pra isso... de mudar a forma da gente trabalhar o processo educativo, essas questões já ultrapassadas de palestras, de informação. Isso a gente também tem essa prática, a gente também tem essa formação acadêmica, né?... Então, assim, ... eu tenho sempre, sempre dito: que um dos problemas do Saúde da Família... do

jeito que a gente tem disciplinas, pode ser... em determinadas... por exemplo, hanseníase, diabético, tuberculose, saúde mental, a gente também precisa de disciplina pra nos capacitar continuamente no processo de educação para saúde - né? -, que ninguém nasce sabendo, nem é uma coisa que você vai fazendo... uns fazem melhor, outros a gente soma, a gente troca muito, muita metodologia diferente, mas a gente ainda precisa avançar muito nesse processo, né? Vontade de se fazer diferente o espaço do Saúde da Família permite isso (P1: 13-07-04).

No que diz respeito à metodologia que vem sendo adotada pelo PSF, alguns profissionais indicam que as equipes têm privilegiado, em seu processo de trabalho, inovações que contemplam níveis e formas de participação mais efetiva dos usuários, o que para alguns grupos se traduz em avanços nas ações do programa, cuja nova forma de atuação está notadamente expressa nos seguintes relatos:

[...] um grupo de adolescente, é um grupo que a gente sente dificuldade, uma vez que é preciso que se tenha recursos. A gente tem sempre pensado em formas alternativas de se trabalhar: trabalhar com a parte da arte, de cultura, de teatro [...] alguns grupos têm dado sugestão, mas a grande maioria, a gente mudar essa cultura de que é profissional, educando, dizendo o que é pra fazer. A gente tem sempre trabalhado pra quebrar isso, né?... de passar daquela fase que a gente vem fazer o que tá na cabeça da gente (P1: 13-07-04).

A gente faz uma programação - né? - e, se... essa programação foi feita junto com eles, nós citamos dez itens pra trabalhar durante o ano e elas acrescentam mais dez itens. Então vai e termina mudando, porque uma coisa que elas querem muito ouvir é sexo na gravidez e na hora do parto, né?. Então, assim, a gente dá, faz a nossa atividade e, sempre no final de cada atividade dessa, a gente discute alguma coisa de interesse deles. Então, de certa forma, tá tendo - né? - a participação desse grupo, né? Então, assim, estamos tentando mudar - tá certo? - dessa forma, principalmente nesse ano de dois mil e quatro (P3: 03-08-04).

Esses depoimentos são frutos de um trabalho que a equipe profissional tem procurado fazer de forma diferente, não por intermédio de uma postura autoritária, mas de ouvir o que as pessoas têm a dizer, privilegiando uma metodologia com ênfase no espaço da fala, permitindo que os usuários tenham mais autonomia e se sintam sujeitos ativos no processo saúde-doença.

Esse entendimento está melhor enfatizado neste depoimento:

A gente tem o resultado de uma metodologia, que a gente já utiliza diferente. Por exemplo, um grupo de saúde mental [...] como a gente não vem pra dá somente informações típicas de hábitos de higiene alimentares, dietéticos, essas questões da saúde, a gente vem muito mais pra ouvir o que é que o outro tem pra dizer, de tentar colher, de ouvir o que é que o outro tem pra dizer, de tentar uma relação de um vínculo mais forte entre o usuário e os

profissionais da área de saúde. Então a gente tem conseguido, nesse grupo, quebrar muito essa história dessa relação, ou seja, a gente tenta fazer com que esses usuários tenham autonomia, que eles comecem a participar, que eles comecem a dizer. Então a gente adota [...] essa metodologia do espaço da fala, né? Então você vem muito mais pra ouvir - né? - do que pra tá lá passando noção de dizer "faça isso, faça dessa forma". Então a gente cria um espaço de oficina diferente, de grupos, que é pra realmente a gente ouvir o que é que eles têm, quais são suas angústias, seus desejos, seus sofrimentos, suas dificuldades. Então eu considero que esse é um dos grupos onde a gente aplica uma metodologia interessante. E aí os resultados também são, logicamente, diferentes [...] Então há esse espaço onde as pessoas começam realmente a, assim, chega e fala e dizer o que tá errado, né? Então eu acho, tanto a nível local pra gente, pra gente profissional, eles têm... a gente tem aberto esse espaço democrático de ouvir o usuário, dele chegar e fazer críticas e de dizer, por exemplo, que um exame tá demorando, mas não o exame, não é só o que tá longe, é que foi pra fazer uma consulta com uma médica e que essa consulta demorou e que não consegui e que tá sendo difícil. É um espaço de participação pra pessoa ir se formando enquanto cidadão consciente, né? Eu acho que a gente tem um espaço privilegiado, na saúde da família, em trabalhar a participação popular (P1: 13-07-04).

A profissional deixa patente, em seu discurso, que na condução dos grupos a equipe tem procurado aplicar uma metodologia de forma democrática, na medida em que os usuários questionam, fazem críticas, inclusive ao próprio trabalho da equipe. A mesma considera os grupos como mecanismos de participação e que o PSF tem privilegiado esses espaços para trabalhar a participação popular para que as pessoas possam se formar enquanto cidadãos conscientes. Essa nova perspectiva de enfoque metodológico assume uma dimensão de fundamental importância no trabalho sócio-educativo em saúde, cujos resultados são frutos de práticas propositivas e participativas por parte dos usuários, sendo melhor traduzida nos seguintes depoimentos:

[...] a oficina dos casais de planejamento familiar foi uma proposta do grupo de planejamento familiar, que os homens são ausentes... essa oficina foi realizada à noite, porque é uma forma de você contemplar a participação dos homens no Programa [...] Essa experiência que eu falei foi uma proposta discutida no grupo de planejamento familiar. Nós temos o encontro da melhor idade, que também foi uma proposta discutida com os idosos, que a gente já há sete anos vem implantando, certo? E, assim, tem grupos que eles coloca essas propostas, que precisa ser melhorada. Essas profissionais do sexo foi uma das propostas que elas vinham pro grupo e, no atendimento, elas, muitas vezes, sentiam-se constrangidas de fazer perguntas, de se colocar. Então vai ter essas oficinas só com elas [...] E nós temos reivindicação constante: a questão da melhoria, aí, do canal, a questão... como eu digo... teve até a questão dos ônibus, que foi uma reivindicação. Nós temos um problema sério que é a avenida... a avenida Assis Chateaubriand, que já foi colocado em proposta aqui, do usuário, que nós já mandamos ofício pra STTP - certo? -, que os números

de acidentes tá crescendo... Que isso também foi uma proposta dos usuários, que estão se sentindo inseguro até de atravessar a avenida com as crianças (P4.: 11-08-04).

A entrevistada a seguir expressa que a equipe do PSF faz o planejamento das ações do PSF de acordo com os indicadores epidemiológicos. A esse respeito, Cordeiro (1996, p. 13) adverte para a necessidade da prestação de serviço com continuidade, ao enfatizar que os profissionais devem considerar a totalidade das condições que determinam os problemas de saúde, sendo necessário planejar sistematicamente as ações para evitar duplicação ou repetições desnecessárias das mesmas. Segundo o referido autor, “[...] *é preciso ordenar as práticas de saúde a adscrição de famílias de acordo com as peculiaridades geográficas, sociais, culturais e epidemiológicas locais*”. Esse aspecto vem expresso no discurso da seguinte profissional:

[...] E, é tanto que... a gente tá tentando reduzir esses grupos - certo? - mostrando que eles... qual o objetivo - tá certo? - e perguntando pra eles se queriam mudar - certo? - o planejamento. Assim, se eles queriam aumentar... acrescentar o planejamento que a gente tem... A gente faz o planejamento, de repente, de acordo com os indicadores epidemiológicos que a gente tem - né? -, a gente vai, mostra e dali a gente vai fazendo mudanças de acordo com o que eles estão solicitando, né? (P3: 03-08-04).

Considerando os depoimentos anteriormente citados, observamos que as equipes vêm promovendo a saúde no tocante ao aspecto preventivo, através das reuniões dos grupos sócio-educativos, ocasião em que a população usuária é chamada para participar das ações do programa. Além disso, segundo os profissionais, nesses grupos os usuários também discutem problemas comunitários que enfrentam no dia-a-dia, na medida em que emitem suas opiniões e acham importante a questão da participação da comunidade.

No geral, quanto aos níveis e formas de participação dos usuários nos Grupos Educativos formados pelas equipes do PSF, consideramos que a experiência de participação da comunidade nas ações deste programa vem revelando particularidades no tocante à interlocução das equipes com os movimentos comunitários organizados e a população em geral. Tal aspecto é caracterizado pelas inovações trazidas pelo programa, todavia, cabe considerarmos a

participação como um processo em construção, tendo em vista que, para alguns grupos, ela vem se manifestando de forma incipiente, enquanto para outros, de forma mais efetiva. Talvez isso esteja relacionado às velhas tradições ainda tão arraigadas no âmbito do sistema de saúde, que persistem, viciosamente, em preservar o modelo tradicional de saúde, caracterizado como centralizado, vertical e medicalizante, desconsiderando o aspecto da participação popular.

Apesar das limitações, o PSF vem tentando adotar em seu processo de trabalho metodologias que visam estimular e incentivar a organização da comunidade para a construção do efetivo exercício de práticas participativas e de controle social, tendo em vista que os grupos educativos são caracterizados como de fundamental importância nas ações operacionalizadas pelo PSF, na medida em que as formas de participação convertem-se num elemento facilitador, ao ponto em que os usuários não são vistos como meros expectadores para receber informações típicas de saúde, mas sugerir, opinar e discutir questões que resultem na melhoria do trabalho desenvolvido pelas equipes.

4.4 A efetividade da participação nos Grupos Educativos do PSF: concepção dos usuários

A totalidade das falas apresentadas pelos usuários evidencia a participação nas atividades operacionalizadas nos Grupos Educativos, na medida em que freqüentam assiduamente as reuniões, escutam, discutem, lançam propostas e emitem opiniões para o bom desempenho do trabalho. A adoção dessa atuação inscreve-se nos seguintes depoimentos:

A gente ouve, discute, participa para que melhore mais, né? A gente faz... fazemos esse trabalho, tanto de ouvir...receber... dar e receber (U4: 24-08-04).

É, eu participo... é... eu gosto muito de ouvir, mas também gosto de discutir sobre as opiniões- né? - e dar também minha sugestão. Porque, como por exemplo... é... uma sugestão que foi base e que já aconteceu...é... a gente formar um grupo convidando os esposos também a participar... é... junto conosco, porque às vezes só a gente também aprender e não repassar pra eles, às vezes fica difícil o homem a gente mesmo se dirigir diretamente a eles e contar o problema. Então eles participando já ouve... é... já duas vezes

durante o ano. Há três anos que isso já está acontecendo na comunidade, é encontros de casais. Onde [P] faz uma palestra com os casais e isso melhorou muito, muito mesmo. Eu achei bastante interessante e foi uma das opiniões que foi aceita e que tá dando certo (U1: 19-08-04) (Grifo Nosso).

Todo mundo participa. Essa participação, ela é construída no nosso dia-a-dia lá com elas. Vai pra lá, conversar. Como eu falei, conversar, dançar, dizer o que tá sentindo. Quando tá triste todo mundo fica sabendo. E o mais importante, o que tá acontecendo lá dentro ninguém fica sabendo. É um pacto que a gente faz. Entrou lá dentro, ninguém fala nada quando sai. Fala dentro o que quiser. A gente...ah!, você não sabe, tá bom de você um dia vim praqui, pedir a elas pra participar um dia com a gente. É excelente, é bom demais. A gente chega lá, às vezes cheia de problema na cabeça e sai, olhe, sem nenhum. É uma, como diz, uma lavagem cerebral sem precisar daqueles choques-tá entendendo? - que dão nesses hospitais purai. É ótimo, é maravilhoso. A gente escuta muitas mensagens boas, boas mesmo. É muito bom (U3: 27-08-04).

Chama-nos a atenção a última fala da usuária do grupo de saúde mental, ao associar o elemento da participação à “*uma lavagem cerebral*”. Esse discurso nos leva a entender que esta colocação esteja relacionada a uma forma de terapia, onde o diálogo e a convivência com outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas proporcionam o alívio da tensão, impulsionados pela forma de atendimento e acolhimento prestado pela equipe do PSF, diferenciado-se, portanto, dos serviços prestados pelo modelo tradicional de assistência à pessoa com problemas de transtorno mental nos hospitais psiquiátricos.

Os discursos dos entrevistados indicam que os Grupos Educativos são espaços onde os usuários conseguem expressar suas falas, na medida em que imprimem uma dinâmica de discussão em torno de seus desejos e anseios e, ao mesmo tempo, compreendem que o elemento da participação nas ações desenvolvidas pelo PSF é um caminho a ser trilhado, construído.

Questionados a respeito das propostas colocadas para a melhoria do trabalho nos Grupos Educativos, os usuários em consonância com os discursos apresentados pelos conselheiros comunitários, também apontaram a questão da falta de medicamentos nas unidades de saúde. A divisão dos grupos numerosos, atividades de artesanatos e o espaço físico adequado para a realização das reuniões foram propostas externadas pelos usuários:

A única sugestão que eu propus é quando está faltando medicamento, né?- a gente sempre tem aqueles detalhes, pequenos detalhes, né -, que todos os hipertensos sempre acata. Ai... dá aquele apoio, né? (U2: 09-09-04).

O que a gente tem mais falado, proposto é que a medicação venha em dia, porque tem muito epilético aqui dentro desse bairro. No grupo a gente vai pra lá mais pra falar do nosso dia-a-dia, dos nossos problemas (U3: 27-08-04).

Já sim, porque nós não temos... é... nós não temos uma casa ainda pra gente ficar, a gente está num salão provisório. E quando a gente tá fazendo aquela atividade, que já sabe, precisa de melhor, a gente se discute. Quando a gente quer outro artesanato a gente já discute, já leva o consenso, já vem outra pessoa pra ensinar a gente, É ótimo. É muito bom (U4: 24-08-04).

Como eu falei na pergunta anterior, uma das sugestões que deu certo foi a do encontro de casais, que acontece e que foi ótimo. E outra sugestão também é que a gente se reúne, as usuárias de planejamento, uma vez na semana pra fazer uma atividade, como por exemplo, um crochê, uma pintura. Sempre a gente procura fazer alguma atividade até mesmo pra relaxar um pouquinho e esquecer um pouco a rotina do dia-a-dia [...] Outra sugestão é que antes o grupo se reunia todas numa vez só durante o mês. Num dia só. Mas aí a gente sugeriu que dividisse o grupo [...] vamos supor, quinze a vinte usuárias por grupo [...]. Outra sugestão que a gente sempre coloca é a questão da falta de medicação (U1: 19-08-04).

Esses depoimentos demonstram que, dentro das possibilidades do PSF, as propostas advindas do segmento dos usuários dos Grupos Educativos são acatadas pelos profissionais. Essas proposições são frutos do processo de participação experimentado pelos sujeitos que deles tomam parte, pois na medida em que os usuários frequentam esses espaços imprimem o caráter popular de sua participação, traduzindo-se na contribuição para a melhoria das ações do PSF. Assim, para os usuários, sua participação pode significar a possibilidade real de inscrever suas demandas nas prioridades dos Grupos Educativos, e ao mesmo tempo converte-se em exemplo de experiência para outros espaços institucionais:

[...] E a gente tá aí pra ajudar as meninas do CAPES. É, como dos outros bairros, elas quando vão abrir um conselho, vem ao nosso conhecer. E quando vão abrir um grupo de saúde mental, eles vêm aqui no bairro conhecer o nosso como é. É, inclusive, até Dra Vitória, ela veio lá do CAPES II, ela veio pra qui assistir, muitas vezes, a gente conversar, a gente dançar, a gente, como eu falei, pintar, pra vê se ela... se dava, como eu falei no início, pra ela somar, vê se dava certo a matemática. E, graças a Deus, tá aí, nós, do grupo de saúde mental, a gente tem até uma dança. É uma dança da ciranda. Nós já fomos no Congresso no Raimundo Asfora abrir lá um congresso, com o Ministro da Saúde. Fomos também abrir o CAPES II¹² em Campina Grande (U3: 27-08-04).

¹² Centro de Atenção Psicossocial a portadores de transtorno psiquiátrico adulto em Campina Grande-PB.

Os usuários dos Grupos Educativos reconhecem as novidades trazidas pelo PSF. Argumentam que, antes da implantação de tal programa, não existia nas comunidades um trabalho voltado, principalmente, aos grupos educativos em saúde, os quais além de resultar em ações mais adequadas à realidade comunitária produzem inúmeras oportunidades de atuação na área da promoção da saúde, através de estratégias de inserção social dos usuários, resgate da auto-estima, como também permitindo a participação popular e a construção da cidadania. Isso porque, além desses grupos, existem outras atividades ligadas ao PSF, que não estão apenas voltadas para o tratamento e controle de doenças, mas oportunizam a participação e envolvimento da comunidade.

Essas experiências só são possíveis graças aos princípios do Programa Saúde da Família, o qual permite que a participação popular seja priorizada, ao ponto em que a equipe identifique e estimule os valores das pessoas das comunidades, procurando melhorar o nível de auto-estima individual e coletiva e, conseqüentemente, promovendo a saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos a participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em dois bairros de Campina Grande-PB, na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais do referido programa, buscamos no desenrolar do processo investigativo, responder ao pressuposto central deste estudo que consistia em verificar se o PSF nos bairros Pedregal e Tambor vem se constituindo em uma estratégia de reestruturação da atenção básica à saúde, permitindo a efetiva participação comunitária na gestão local das ações de saúde, ou se, ao contrário, vem reproduzindo o modelo biomédico através de ações pontuais e focalizadas junto às populações, sem considerar o aspecto da participação popular.

Do ponto de vista do segmento dos conselheiros, identificamos que dentre os aspectos analisados, esses sujeitos apontaram fatores que, muitas vezes, fragilizam os Conselhos Locais de Saúde na condução e consolidação de suas intervenções na gestão local do PSF, quais sejam:

- dificuldade em estabelecer canais de interlocução e articulação com os comunitários, referendada pela falta de uma maior participação da comunidade nos referidos conselhos;
- não atendimento por parte do gestor municipal às solicitações dos conselheiros referentes à maior quantidade de medicamentos básicos para suprir a toda demanda comunitária, a implantação de gabinete odontológico para o bairro Pedregal, e os ACS não terem que necessariamente residir na mesma área de atuação;
- a pouca atenção dispensada pelos conselhos para o engajamento de outras entidades comunitárias, como escolas, estabelecimentos comerciais, nas suas atividades, dificultando, muitas vezes, a aproximação e o envolvimento geral da comunidade.

Por outro lado, constatamos um bom nível da capacidade interventiva dos conselheiros no tocante à formulação de propostas, tanto referente aos serviços prestados pelas equipes nas

unidades de saúde, quanto nas questões de infra-estrutura dos bairros, reformas das unidades de saúde e nos demais problemas sociais. Dentre as proposições destacamos:

- falta de medicação nas unidades de saúde para suprir a demanda comunitária;
- aquisição de gabinetes odontológicos nas duas unidades do PSF do Pedregal;
- implantação de novas unidades de saúde da família, aumentando progressivamente o número de equipes nos bairros;
- projetos de urbanização e saneamento básico do bairro Pedregal, com o aproveitamento da mão-de-obra das pessoas que residem na comunidade;
- aquisição de uma escola de 2º grau para o bairro Tambor;
- tráfego de ônibus dentro dos bairros;
- reformas nas unidades de saúde dos dois bairros: Pedregal e Tambor;
- os ACS não terem que residir na mesma área de atuação.

Consideramos, ainda, que, os Conselhos Locais de Saúde, desencadeados por trabalhadores de saúde, lideranças comunitárias e pessoas da comunidade, emergem elementos constitutivos de um espaço democrático, na medida em que vêm se configurando como locus de debates, enfrentamentos e reivindicações, traduzindo-se nas intervenções e proposições e, com isso, democratizando as discussões e encaminhamentos e fortalecendo a participação popular.

Quanto aos usuários que fazem parte dos Grupos Educativos, verificamos que esses sujeitos consideram participativos nas ações desenvolvidas pelos referidos grupos, lançando propostas para o bom desempenho das atividades. Dentre as proposituras arrolamos:

- a questão da falta de medicamentos nas unidades de saúde;
- a divisão dos grupos numerosos, encontro de casais;
- atividades de artesanatos;
- espaço físico adequado para a realização das reuniões.

Constatamos, ainda, que os usuários desses grupos expressam avanços no tocante ao reconhecendo os benefícios trazidos pelo PSF, especialmente os relacionados às ações dos Grupos Educativos, que promovem o resgate da auto-estima do usuário, o bom atendimento e acolhimento prestado pelas equipes, referendado pela valorização do usuário, enquanto sujeito histórico do processo saúde-doença.

A partir dos depoimentos dos usuários, podemos inferir que os Grupos Educativos agregam várias pessoas da comunidade no enfrentamento do processo saúde-doença, configurando-se como espaços de fundamental importância para o trabalho de promoção e prevenção da saúde, permitindo possibilidades de avanços na perspectiva de participação popular dos sujeitos que deles tomam parte, traduzindo-se na melhoria das ações desenvolvidas pelo PSF.

Quanto ao segmento dos profissionais que integram as equipes do PSF, observamos que, em relação à participação dos usuários nos Grupos Educativos formados pelas equipes, os profissionais apontaram que a experiência de participação desse segmento nas ações realizadas pelo PSF vem apresentando uma interlocução das equipes com a população, na medida em que os comunitários apontam proposições para o desempenho dos grupos. Todavia, o nível de participação dos usuários nos grupos referendados pelos profissionais variou bastante, de tal forma que encontramos respostas que consideraram essa participação incipiente e outras que julgaram mais efetiva. Os profissionais pontuaram alguns fatores que inibem ou dificultam a participação:

- a grande quantidade de pessoas nos grupos, horários e periodicidade das reuniões;
- a carência de informação por parte dos usuários, limitando-os a sugerirem temas para serem trabalhados nas oficinas;
- a falta de recursos materiais para se trabalhar as oficinas;
- a falta de infra-estrutura e locais adequados para se fazer reuniões com a comunidade;

- a falta de um processo de capacitação permanente da equipe profissional;
- a necessidade de incluir nos currículos dos cursos da área de saúde disciplinas voltadas para educação social em saúde;
- o baixo nível de desenvolvimento sócio-econômico da comunidade, referendado pela carência de projetos de inclusão social, associada também ao fato de que as pessoas não têm historicamente construído esse hábito de participar politicamente dos problemas gerais da comunidade.

Em função dessas limitações, a maioria dos profissionais sinaliza que a participação dos usuários nos Grupos Educativos ainda é de forma tímida, lenta e razoável, especialmente no sentido deles darem sugestões de temáticas a serem trabalhadas nas oficinas. Reconhecem certa acomodação dos usuários quanto ao encaminhamento das atividades nos grupos, esperando que a equipe direcione os trabalhos.

Apesar das limitações acima identificadas, os profissionais indicaram que o PSF vem adotando em seu processo de trabalho inovações metodológicas que contemplam níveis e formas de participação mais efetivas dos usuários, o que para alguns grupos se traduz em proposituras de avanços nas ações do programa. Constatamos que preocupação dos profissionais é manter o pleno funcionamento desses grupos, caracterizados como prioritários para o desenvolvimento das ações do programa, na medida em que esses espaços permitem trabalhar a educação permanente no processo saúde-doença na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, e na construção do exercício de práticas participativas.

Em relação aos conselheiros de saúde, os profissionais destacaram com limitações:

- a não participação dos comunitários representantes dos Conselhos Locais de Saúde no planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes do PSF;

- a avaliação dos conselheiros quanto ao trabalho prestado pelo PSF é feita semestralmente e anualmente, baseada apenas nas informações que as equipes passam para os conselhos, referendadas pelos indicadores de resultados alcançados pelo programa.

Por outro lado, os profissionais expressaram avanços:

- bom nível de participação dos conselheiros no processo de proposição e intervenção nos problemas gerais dos bairros;
- consideram os Conselhos Locais de Saúde como instrumentos bastante significativos para a construção de uma nova forma de se trabalhar a saúde, especificamente no tocante ao processo de organização e mobilização da comunidade em torno não somente da discussão e encaminhamentos de questões específicas no campo da saúde, mas em todos os demais problemas existentes no espaço comunitário.

Consideramos que o processo de participação na gestão local do PSF nas duas localidades de Campina Grande aos poucos, vai sendo modificado na medida em que os comunitários ocupam os espaços de participação. Colocamos como evidente, também, a afirmação expressiva contida em boa parte das falas dos três segmentos, apontando a existência de proposições dos conselheiros e usuários para a melhoria dos serviços e ações locais de saúde.

É possível considerarmos que os Grupos Educativos e os CLS vêm sendo construtores da participação popular no campo da saúde, em termos de limites, avanços e potencialidades. Isso, de certa forma, nos leva a entender que o PSF vem se constituindo como uma das estratégias de reestruturação da atenção básica dos serviços de saúde, assumindo uma nova configuração que traz impressa a marca da participação popular. Sendo assim, a comunidade, a quem interessa a conquista de melhores condições de vida e a construção de uma cidadania ativa, ficamos convictos de que a firmeza de propósitos e as possibilidades de participação estimulam a população a maiores e permanentes conquistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais 1/92 a 44/2004 e pelas Emendas constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília - DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

_____. 11ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 12ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova documento “**Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde**”. <http://www.conselho.saude.gov.br>

_____. Coordenação da Saúde na Comunidade – **Programa Saúde da Família – saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Portaria Ministerial nº 692**, que normatizou o documento denominado Programa de Saúde da Família – saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Portaria Ministerial nº 1.886**, que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PFS. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Programa Saúde da Família: Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. In: **Revista Saúde Pública** vol. 34. São Paulo, 2000.

_____. **Lei Orgânica da Saúde** (nº 8.080 e 8.142/90). Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Resolução nº 36 de 04 de fevereiro de 1993**. Altera a resolução 33/92, incluindo as entidades de empresários na representação de usuários. <http://www.conselho.saude.gov.br>

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BORÓN, Atilio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: **Pós - neoliberalismo – As políticas Sociais e o Estado Democrático**. (Orgs) SADER, Emir & GENTIL, Pablo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BUSS, P. M., 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida In: **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 5. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs). A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

_____, Maria de Souza Inês. Participação e controle social. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. In: **Revista de Saúde Pública**. Vol. 31 n.º 2. São Paulo, 1997.

CAPISTRANO, David. O Programa Saúde da Família em São Paulo. In: **Revista da USP Estudos Avançados – Dossiê Saúde Pública**. São Paulo. Vol. 13, nº 35, 1999.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE, 1995.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. **Participação Social no Brasil Hoje**. Revista Polis, nº 2. São Paulo: Papers, 1998.

COIMBRA, Liberata Campos. Desigualdades sociais e saúde: uma reflexão necessária. In: **Políticas Públicas em Debate**. v-1, nº 2, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2001.

CORDEIRO, Hésio. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. In: **Cadernos Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, nº I, 1996.

COHN, Amélia. Descentralização, Saúde e Cidadania. In: **revista Lua Nova nº 32**, São Paulo: CEDEC, 1994.

_____, Amélia. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, José. A. & BAVA, Silvio. C. (orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

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

DANIEL, Celso. Gestão local e participação da sociedade. In: **Publicações polis nº 14**, São Paulo: Polis, 1994.

DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil e Democracia. In: **Revista Idéias - Dossiê dos movimentos sociais e a construção democrática**. São Paulo: IFCH-Unicamp, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. – Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

FERREIRA, Maria I. B. As políticas brasileiras de seguridade social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília: Unb - Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

GALLO, Edmundo. **A saúde como questão social no Brasil – a constante tensão entre um modelo de seguro e um modelo de seguridade social**. NUPES, (s.l.), 1992, (mimeo).

GOHN, Maria da Glória Marcondes. Movimentos sociais e a construção da cidadania. In **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, 2002.

HABBER, Esmeralda Mendes. A área da assistência social pública no contexto brasileiro: problemas e alternativas possíveis para a superação do “status quo”. In: **Revista Semestral do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) – 1ª Região**, nº 1, 1997.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos**. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2003.

JACOBI, Pedro. Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: apontamentos para debate. In: **Cadernos da Nona** vol. 1. Distrito Federal: UnB, 1992.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 56. São Paulo: Cortez, 1998.

LUZ, Madel Terezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘Transição Demográfica’ – anos 80 – In: Physis – **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. I nº 1, IMS/UERJ: Relume/Dumerá, 1991.

_____, As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito sanitário: **o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, Emerson E. & FRANCO, Túlio B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? In: **Revista Saúde em Debate**, v. 26, nº 30. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo, M.C.S, (Org) **pesquisa social, teoria, método e criatividade**. São Paulo: Vozes, 4ª ed., 1995.

OLIVEIRA, Marilda Siriani de. A academia “apostando na estratégia da Saúde da Família”. In: **Saúde da Família: caminhos da conquista da qualidade**. **Revista brasileira ano I, nº 03**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

PAIM, Jairnilson S. & FILHO, Neomar de Almeida. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: **Revista Saúde Pública n° 32**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

_____, Jairnilson S. Direito à saúde, cidadania e estado. In: **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

PARO, Vitor H. **Por dentro da escola pública**. São Paulo: Xanã, 1995.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da assistência social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade n° 56**, São Paulo: Cortez, 1998.

PÉRET, Teresa Cristina. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas – a experiência desenvolvida no Município de Campina Grande-PB**. Dissertação de Mestrado do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC). Rio de Janeiro, 2001.

PORTO, Fabíola Andrade e MATOS, Maurílio Castro. Resumo Comentado da Legislação Básica do Sistema Único de Saúde. In **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ. NAPE, 2001.

RAICHELIS, R. Assistência Social e Esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade n° 56** São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: **capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 3 – UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000**.

RICO, E. M. (org.) **Avaliação de Políticas Sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

SENNA, Mônica de C. M. & COHEN, Mirian M. Modelo assistencial e a estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (3). Rio de Janeiro, 2002.

SOARES, José Arlindo e GONDIM, Linda. Novos modelos de gestão: lições que vêm do poder local. In: SOARES, José. A. & BAVA, Silvio. C. (orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

SOUSA, Rosângela Maria S. Controle social em saúde e cidadania. In: **Revista Serviço Social e Sociedade n° 74**. São Paulo: Cortez, 2002.

SPOSATI, Aldaíza. Cidadania e comunidade solidária. In: **Revista Serviço Social e Sociedade n° 48** São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Movimentos Sociais e Conselhos. In: **Cadernos ABONG n° 15**. São Paulo: ABONG/ILDEPES, 1996.

TEIXEIRA, MARY Jane de O. O Programa de Saúde da Família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TRAD, Leny Alves Bmfim (et al). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF): In: **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 7 nº 3. Salvador-Bahia: Abrasco, 2002.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VALLA, Victor. **Participação Popular em Saúde**. Coleção Saúde e Educação, 2ª ed., Petrópolis: CDDH/CEPEL, 1991.

VALLA V.V. Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares In: **Educação Popular Hoje**. (M.V. Costa, org.) São Paulo: Loyola, 1998.

_____, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. In: **Cadernos de Saúde Pública: Educação em Saúde**: Rio de Janeiro: Novas perspectivas, 1999.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Reflexões sobre a saúde da família. In: **A organização da saúde no nível local**. Org. MENDES, Eugênio Vilaça. São Paulo: HUCITEC, 1998.

VIANNA. Ana Luiza d' Ávila e & DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. In: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: PHYSIS 1998.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO COM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. CATEGORIA: NÍVEL SUPERIOR (assistente social, enfermeiro e médico)

1. Quais os serviços/ações oferecidos nesta Unidade Básica de Saúde? (Detalhar os grupos de trabalhos)
2. Qual o nível de participação da comunidade nas ações desenvolvidas nos grupos de trabalhos formados pela Equipe de Saúde da Família? (A participação dos usuários é efetiva/propositiva ou somente recebe as informações passadas pela equipe)?
3. Os usuários dos grupos de trabalhos propõem alternativas que resultem na melhoria das atividades do programa? Quais? De que forma?
4. Como se dá a relação do PSF com o Conselho Comunitário de Saúde? Este órgão propõe e acompanha as atividades do programa? Como?
5. Os representantes do Conselho Comunitário de Saúde participam da programação, execução e avaliação das ações do programa? (De que forma?)
6. Você acha que o trabalho desenvolvido pelo PSF tem priorizado a participação comunitária? Se sim, de que forma)?
7. Como se dá o processo de tomada de decisão de uma ação a ser implementada na unidade de saúde? A participação do Conselho Comunitário é efetiva? De que forma?

ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO COM OS USUÁRIOS DOS GRUPOS EDUCATIVOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Qual o grupo de trabalho você faz parte?
2. Com que frequência você participa das reuniões do grupo? (vem praticamente a todas as reuniões)
3. O que lhe estimula a participar das reuniões dos grupos formados pelas equipes do PSF?
4. De que forma você participa das ações desenvolvidas no grupo a que pertence? (Só ouve/discute/propõe alternativas?).
5. Você já propôs sugestões para a melhoria do trabalho no grupo em que você participa (sim/não) Qual? Como foi acatada?
- 6- Você tem conhecimento da existência do Conselho Comunitário de Saúde? (sim) ou (não). (Se sim, o que o conselho tem feito para a melhoria dos problemas de saúde da comunidade)?

ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO COM OS CONSELHEIROS DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

1. Como funciona o Conselho Comunitário de Saúde? (formação, composição, estrutura de funcionamento).
2. Qual a importância do Conselho de Saúde para a sua comunidade?
3. O que este órgão tem feito para melhorar as questões de saúde da comunidade?
4. Você, com representante deste conselho, tem sugerido propostas para a melhoria do trabalho da equipe do PSF? Se sim, quais?
5. A equipe do PSF tem respeitado/acatado as propostas apresentadas neste conselho? Se sim, como foi? Se não, por qual (is) motivo(s)?
6. Já foi encaminhada alguma proposta deste Conselho para outras instâncias? (Como por exemplo: Conselho Municipal de Saúde e Conferências de Saúde realizadas no município?) Se sim, qual (is)?
7. Além de conselheiro, você participa das atividades realizadas nos grupos formados pelas equipes do PSF? Se sim, Qual (is)? De que forma? (Participa das discussões, dando sugestões, ou somente recebe as informações passadas pelas equipes de saúde?).