

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA EM
NUTRIÇÃO

PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE: SEGMENTOS E INSTÂNCIAS GOVERNAMENTAIS
INFLUENCIAM AS PERCEPÇÕES COMO
CONSELHEIROS?

RECIFE – 2004

**PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE: SEGMENTOS E INSTÂNCIAS GOVERNAMENTAIS
INFLUENCIAM AS PERCEPÇÕES COMO
CONSELHEIROS?**

Dissertação de tese da aluna Emília Resque de Barros Barbosa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Nutrição do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de Mestre, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Ilma Kruze Grande de Arruda.

Título:

Participação dos usuários nos serviços de saúde: segmentos e instâncias governamentais influenciam as percepções como Conselheiros?

Autoria: Emília Resque de Barros Barbosa

Tese aprovada em: 03/04/2004

Membros da Banca Examinadora:

Bertoldo Kruse Grande de Arruda

Márcia Carrera Leal

Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente ao meu **Deus**, pois “por meio d’Ele tudo se fez e nada do que existe foi feito sem Ele”; João 1:3

Dedico também aos meus pais, **Francisco e Luzia** (in memoriam), que souberam transmitir aos filhos a importância da ciência e a busca pelo conhecimento, embora não tenham tido as mesmas oportunidades.

Finalmente dedico a **Eraldo, Victor e Afonso**, a família que Deus planejou para a minha vida. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

À Ana Paula Campos Pereira, por sua dedicação e empenho diante de todas dificuldades que passamos para a conclusão deste trabalho.

À Prof^ª. Ilma Kruze Grande de Arruda , que mesmo sem perceber transmitiu segurança e firmeza em seus propósitos, levando ao meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

À Sarah Canuto, Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital da Restauração (HR), por jamais negar-se em facilitar as capacitações aos Nutricionistas e demais funcionários, que desejarem se especializar.

À Ida Cristina Leite Veras, por sua amizade e companheirismo no decorrer deste trabalho.

Ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), na pessoa do Diretor de Pesquisa, Dr. Gilliat Falbo Neto. Bem como à Dra. Eliane Siqueira Campos Gonzalez e à Secretária Josefa Lira de Melo, sempre dispostas a ajudar.

Às secretárias Maria de Jesus Souto Moraes de Araújo e Nely Maria Santos do Nascimento, pelo amor e dedicação ao trabalho que realizam.

À Bibliotecária Nádja Mattos Rezende, pela valiosa colaboração

À Coordenação da Pós-Graduação de Nutrição.

Aos colegas do mestrado Gilvo, Cristiane, Patrícia e Sheyla.

Às colegas do Serviço de Nutrição do Hospital da Restauração.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I – HISTÓRICO DA SAÚDE

1. Breve histórico da saúde e participação popular em alguns países 4

2. A evolução da saúde no Brasil 5

CAPÍTULO II – A PARTICIPAÇÃO POPULAR E OS CONSELHOS DE SAÚDE

1. Definição de participação social 16

2. A institucionalização da participação social em saúde no Brasil – os conselhos de saúde 18

3. História do Conselho nacional de Saúde 25

4. Funcionamento dos conselhos de saúde (municipal e estadual) 27

CAPÍTULO III – CONTEXTO DA ANÁLISE

1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.1. O Estudo Referência 30

1.2. A pesquisa – base de dados 31

1.3. O método qualitativo 32

1.4. A escolha dos municípios 32

1.5. Características das áreas selecionadas 33

1.6. Plano de análise 38

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

1. Definição de participação social 39

2. Definição de participação social em saúde 44

3. Conhecimento das leis que garantem a participação social em saúde 48

4. Mecanismos de participação nos serviços de saúde 50

5. Facilidades e dificuldades para o uso dos mecanismos de participação social nos serviços de saúde

53

57

5.1. Fatores que facilitam a participação social nos serviços de saúde	
5.2. Fatores que dificultam a participação social nos serviços de saúde	
6. Percepção dos conselheiros de saúde a respeito da visão dos trabalhadores de saúde quanto à participação do usuário	63
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	69
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXO	117

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CBF – Constituição Brasileira Federal

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde

CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

XI CNS – XI Conferência Nacional de Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IX CNS – IX Conferência Nacional de Saúde

VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde

VII CNS – VII Conferência Nacional de Saúde

III CNS – III Conferência Nacional de Saúde

MS – Ministério da Saúde

RG – (Conselheiro de saúde) Representante do Governo

RPS – (Conselheiro de saúde) Representante do prestador de serviços

RT – (Conselheiro de saúde) Representante dos trabalhadores da saúde

RU – (Conselheiro de saúde) Representante dos usuários

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

QUADRO I – DEFINIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	40
QUADRO II – DEFINIÇÃO PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	45
QUADRO III – CONHECIMENTO DAS LEIS QUE GARANTEM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	48
QUADRO IV – MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	51
QUADRO V – FATORES QUE FACILITAM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	54
QUADRO VI – FATORES QUE DIFICULTAM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	58
QUADRO VII – PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE A RESPEITO DA VISÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE QUANTO À PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO	64

RESUMO

O estímulo à participação popular, na saúde, aconteceu com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Um marco histórico que veio consolidar-se na Carta Magna, em 1988 e, posteriormente, com as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/90 e 8.142/90 – obrigando a criação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, nas três esferas governamentais. Os Conselhos de saúde são compostos por representantes do Governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários. Mediante as normas legais, os Conselhos de Saúde têm como atribuições: traçar diretrizes, aprovar os planos de saúde e fiscalizar a movimentação dos recursos repassados às Secretarias de saúde. Além dessas atribuições, os Conselhos têm a responsabilidade em viabilizar a inserção do usuário como participante efetivo, por meio de mecanismos que facilitem a sua participação nos processos decisórios. Esta participação torna o usuário também responsável, devendo atuar na formulação e no controle da execução da política da saúde, incluindo os recursos financeiros. O estudo sobre o tema da participação social do usuário tem sido amplamente realizado, bem como os conselhos de saúde, no entanto poucos têm buscado a pessoa do conselheiro, o que ele realmente detém sobre essa participação. Assim, com esta pesquisa, de abordagem qualitativa, buscou-se identificar o conhecimento e o entendimento dos conselheiros de saúde em seus diferentes segmentos, de dois conselhos municipais de saúde – os municípios de Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, no Estado de Pernambuco – e do Conselho Nacional de Saúde, a respeito da participação social e participação social em saúde e suas implicações, quais sejam, definições, legislação, obstáculos e facilidades, mecanismos institucionais ou não-institucionais, e por fim a visão dos trabalhadores da saúde quanto essa participação. Desta maneira, acredita-se que este estudo possibilita a construção do saber dos sujeitos em foco: a figura do conselheiro de saúde.

ABSTRACT

Encouragement toward community participation in health issues came about with the 8th National Health Conference held in 1986. This was a mark in history that was consolidated in the 1988 Constitution and, later, with the Organic Laws of Health – nº 8.080/90 and 8.142/90 – requiring the creation and functioning of Health Councils in all three realms of the government. The Health Councils are made up of government representatives, service sector professionals, health workers and beneficiaries. In accordance with legal norms, the Councils outline directives, approve health plans and monitor the movement of funds sent to the Health Secretaries. Furthermore, the Councils are responsible for making viable the insertion of beneficiaries as effective participants by way of mechanisms that facilitate their participation in the decision-making process. This participation makes beneficiaries responsible parties required to act in the formulation of health policies and control in the execution of these policies, including funding. Studies on the issue of social participation of beneficiaries, as well as on the Health Councils themselves, have been widely carried out, but few have sought out council members as to how they actually accomplish their participation. Thus, with the present qualitative research study, we sought to identify the knowledge and understanding of health council members from different segments in two municipal health councils in the cities of Cabo de Santo Agostinho and Camaragibe in the state of Pernambuco, Northeast Brazil, as well as in the National Health Council, in regards to social participation in health and its implications concerning definitions, legislation, obstacles, institutional and non-institutional mechanisms, as well as the perspective of health workers in regards to this participation. Thus, we believe that the present study makes possible the construction of knowledge on health council members.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as décadas de 70 e 80 foram marcadas por diversas formas de participação popular, em busca da conduta ética dos líderes políticos, da democracia e do fim da ditadura militar. No campo da saúde, estas manifestações populares aconteceram principalmente em bairros da periferia das grandes cidades brasileiras e suas reivindicações visavam principalmente o aumento do número de profissionais da área de saúde e a melhoria da qualidade dos equipamentos ambulatoriais daquelas localidades. (PAIM, 1986; FORTES, 2003).

Após intensa movimentação e luta de setores organizados da saúde, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), a qual representou o momento culminante para a reforma sanitária brasileira. Entre as propostas apresentadas, destaca-se o estímulo à participação popular institucionalizada nos núcleos decisórios, que assegurassem o controle social sobre as ações do Estado. Após dois anos, a promulgação da Constituição Federal Brasileira acatou a sugestão apresentada pela VIII CNS inserindo a participação comunitária como diretriz a ser seguida na organização e no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, CONSTITUIÇÃO, 1988).

No entanto, somente em 1990 são promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) que regulamentam o SUS, e determinam a criação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, nas três esferas governamentais. De caráter deliberativo, estes Conselhos são compostos por representantes do Governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e usuários. (BRASIL, 1995).

Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas de ação política, que estabelecem as bases das ações do Estado e da cidadania, no âmbito da saúde, e que, mediante as normas legais, têm como atribuições: traçar diretrizes, aprovar os planos de saúde e fiscalizar a movimentação dos recursos repassados às Secretarias de Saúde. Além dessas atribuições, os Conselhos têm a responsabilidade de viabilizar a inserção do usuário como participante

efetivo, por meio de mecanismos que facilitem a sua participação nos processos decisórios. Esta participação torna o usuário co-responsável na formulação e no controle da execução da política da saúde, incluindo os recursos financeiros. (FORTES, 2003).

O exposto focaliza os Conselhos de Saúde como uma das concretizações de ideais democráticos, há muito tempo almejados, constituindo-se no principal mecanismo de controle social para a participação e conscientização do cidadão. Assim, a avaliação do funcionamento dos Conselhos de Saúde torna-se evidente no contexto atual, sendo de fundamental importância para a reorientação do processo de municipalização e desenvolvimento do SUS.

Muitos estudos têm sido realizados com a finalidade de avaliar os Conselhos de Saúde em seus diferentes aspectos, visando diagnosticar possíveis falhas que possam ser solucionadas. Dentre alguns trabalhos, podemos destacar: as ações do Conselho e o impacto das mesmas; seu funcionamento, enquanto órgão fomentador de mecanismos de controle social; sua composição e qual o nível de conhecimento dos seus membros; qual o comportamento dos seus conselheiros diante das questões apresentadas ao Conselho, ou ainda como o processo histórico e cultural do País tem influenciado no seu modo de pensar e agir. Neste sentido, torna-se relevante investigar a percepção dos conselheiros sobre a participação social em saúde, visto que é uma das formas de explicar suas atitudes enquanto estimulador ou não da criação de mecanismos participativos, bem como de buscar, mediante as participações, melhorar a qualidade nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) acredita que quanto mais *“informações detalhadas e aprofundadas desta realidade, contribui no sentido de instrumentalizar e desenvolver as ações dos Conselhos”*.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi avaliar, de forma comparativa, o entendimento dos conselheiros dos Conselhos Nacional e Municipal de Saúde (das cidades de Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho - municípios pernambucanos), acerca da participação do usuário para melhoria dos serviços de saúde, ressaltando possíveis influências dos segmentos que representam. Mais especificamente buscou-se descrever a compreensão que os conselheiros

têm sobre participação social e em saúde; relatar o nível de conhecimento dos conselheiros sobre o respaldo legal que embasa a participação social; identificar os mecanismos de participação dos usuários, nos serviços de saúde, descritos pelos conselheiros; analisar os principais fatores obstaculizantes ou facilitadores para a participação do usuário citados pelos conselheiros; e, por fim, analisar a percepção do conselheiro sobre o comportamento do profissional de saúde, ante a participação do usuário.

A apresentação deste estudo foi dividida em seis capítulos. O primeiro refere-se ao histórico da reforma sanitária no Brasil e no mundo, e faz um breve histórico sobre as últimas Conferências Nacionais de Saúde, o segundo trata da institucionalização dos conselhos de saúde no Brasil, bem como a participação social em saúde. Os três próximos capítulos referem-se ao estudo em si, discorrendo sobre a metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

CAPÍTULO I – HISTÓRICO DA SAÚDE

1. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR EM ALGUNS PAÍSES

As grandes evoluções sempre vieram acompanhadas de revoluções históricas, onde a população, de forma coletiva e organizada, buscava conquistar seus direitos e melhorias na qualidade de vida. A participação começou a descortinar-se no século XIX, com a Revolução Industrial, um avanço para os europeus, principalmente para Alemanha, França e Inglaterra, que tiveram maior crescimento na área produtiva. A criação de organizações das classes trabalhadoras e o aumento das participações na política foram um passo para a formação de temas sobre a saúde, com reivindicações dos movimentos existentes. A população passou a enxergar que suas conquistas dependiam da suas participações nas políticas públicas e que estas seriam “*a principal estratégia de transformação da realidade da saúde, na expectativa de que as revoluções deveriam resultar em democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social*”. (PAIM,1998)

Nos anos 60, os Estados Unidos passam por uma intensa mobilização popular em torno de questões sociais. Muitos modelos de intervenção são testados e institucionalizados na forma de movimentos organizados no âmbito local das comunidades urbanas, com a finalidade principal de ampliação da ação social nos setores de habitação, educação e saúde. (PAIM, 1998).

Paralelamente, o Canadá, em caráter inovador, realizou o que veio a ser chamada de “revolução tranqüila”, cujos princípios eram a universalização, a integralidade, a gestão pública e a descentralização, tendo os quebequenses grande liberdade na organização das ações assistenciais e na relação com os prestadores de serviço. Esta reforma tornou-se um modelo pela aplicação de uma política de saúde comunitária, sendo a própria comunidade o elemento chave na organização do modelo assistencial, sendo utilizado posteriormente por alguns países, como Alemanha, Suécia, EUA e Espanha. A carta de Ottawa, documento

oficial que institucionaliza o modelo canadense, define as principais diretrizes do movimento da promoção da saúde: integração da saúde como parte de políticas públicas “saudáveis”, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde, reorientação dos sistemas de saúde, ênfase na mudança dos estilos de vida. (PAIM, 1998; CONILL, 2000).

Na América Latina, programas de saúde comunitária são implantados principalmente no Brasil, Chile e na Colômbia, com financiamento de fundações norte-americanas e endossadas pela Organização Panamericana da Saúde (OPS). Contudo, não havia ênfase à participação popular. (PAIM, 1998).

1. A EVOLUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No final do século XIX, o Brasil torna-se República. A saúde pública é dirigida pelo Governo Central e este modelo estende-se até meados do século XX. Porém, a partir deste período, a descentralização da saúde como forma de prestação de serviços, passa a ser um objetivo governamental para a organização do sistema. (LUZ, 1994).

Durante a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, é proposta a municipalização da saúde, segundo Fadull (1978) *“a idéia era criar uma rede flexível, que em nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse...”* Contudo o início da ditadura em 1964 freia a discussão sobre o tema durante 20 anos. O regime populista de então, passa para o Estado autoritário, gerenciado pela ostentação militar e o elitismo da época, levando a uma excessiva centralização por parte do governo federal, implicando em burocracia.

A falência do regime populista induz às diferenças sociais, criadas pelo desenvolvimento do Capitalismo do regime militar, cujas ações são baseadas em aspectos meramente técnicos para as soluções dos problemas, sem importar-se com o impacto social das mesmas. Por ordem do governo, criam-se medidas de repressão contra as representações trabalhistas e a

imprensa é censurada e coibida de expressar-se livremente. A área da saúde é marcada por dois modelos assistências: o preventivo, para os ricos, e o curativo, para os pobres. (BUSS, 1995; SANTOS, 2000).

O momento também favorece o crescimento de grandes empresários dos setores hospitalares e farmacêuticos, que passam a lutar pela limitação dos benefícios da previdência social. Os trabalhadores previdenciários são excluídos da direção dos seus órgãos, solidificando uma união dos tecnocratas com o setor médico-empresarial. (GUIMARÃES E TAVARES, 1994)

Em 1967, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os recursos financeiros e as ações preventivas são reduzidos, aumentando a demanda no sistema previdenciário, que tem características uniformes e centralistas. (BUSS, 1995).

Uma redefinição do sistema ocorre em 1975, com a lei número 6.229, que dispõe sobre o Plano da Pronta Ação (PPA), que prioriza o serviço público, mas favorece também a implantação dos planos de saúde privada, principalmente para urgência e internação. Neste período um rápido crescimento na economia brasileira surge como o “milagre econômico”, que no setor da saúde é entendido como um aumento da assistência privada (com maior número de leitos, expansão dos hospitais, entre outros), aumento de escolas de Medicina e de graduados. O apoio de multinacionais e empresas nacionais privadas é imprescindível, portanto é nítida a exclusão de classes populares. Esta realidade mantém-se até o final da década de 70, quando surgem os “novos movimentos sociais”. (SADER, 1988; SCHERREE-WARREN, 1993; BUSS, 1995).

Teixeira (1989), caracteriza a saúde pública no Brasil na década de 70 conforme o seguinte esquema:

- I) “Extensão da cobertura da saúde previdenciária, de forma a abranger a qualidade total da população e parte da rural;

- II) reorientação da política nacional da saúde para a prática médica curativa-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo;
- III) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientando em termos de lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da adoção preferencial dos recursos previdenciários para a compra de serviços privados;
- IV) viabilização de um complexo médico-industrial com crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos “.

Apesar da repressão política da época, os protestos contra o modelo de saúde vigente começam a acontecer nas universidades, nas associações, nos conselhos e nos sindicatos. Os oponentes começariam uma longa jornada que culminaria no nascimento e desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, é o fim do milagre econômico. (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994).

No final da década de 70, já era evidente que o modelo privatista da saúde não se adequava à realidade sanitária nacional, por três fatores: a) as doenças facilmente evitáveis continuavam com alto índice de morbi-mortalidade; b) redução da eficiência e eficácia das ações governamentais; c) não existiam normas para a compra dos serviços aos hospitais privados. (TEIXEIRA, 1989).

O esgotamento do regime militar acena para o início da abertura política, levando a uma série de atividades realizadas pela sociedade civil, com o objetivo da democratização da saúde, consolidando o “Movimento pela Reforma Sanitária”. O governo federal é pressionado e várias exigências são feitas, como: “expansão das políticas sociais, ampliação da cobertura e novas fontes de financiamento”, forçando o próprio Ministério da Saúde convocar a VII Conferência Nacional da Saúde, em 1980, tendo como principal assunto os “Serviços Básicos de Saúde”. (NORONHA E LEVICOVTZ, 1994).

Assim, o governo, ao longo da década de 70 e na primeira metade dos anos 80, com a finalidade de minimizar o regime, uma vez que a crise econômica reduziu sua legitimidade política, *“tomou medidas procurando constituir novos canais de interesses. Visava-se legitimar o regime autoritário e ampliar as bases sociais de apoio através da implementação de políticas para aliviar a pobreza e expandir a cobertura previdenciária. Simultaneamente, as relações simbióticas entre os interesses empresariais e a tecnocracia do setor público eram criticados até mesmo pela burguesia, insatisfeita com o declínio nas atividades econômicas”*. (CÔRTEZ, 2001).

Em meio a esta turbulência, é criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com intuito de reorganizar a assistência médica do país. O CONASP implanta as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam reduzir gastos do sistema previdenciário, ou seja, o principal objetivo era melhorar a rede de serviços espalhadas nos três níveis de governo, retendo a demanda por cuidados ambulatoriais e hospitalares, financiados pela previdência social. Mesmo tendo distorções, as AIS passam a ser o sustentáculo no processo de descentralização da saúde e constituíram a base para a formação dos conselhos de saúde atuais. (MULLER, 1991; COHN, 1992).

Para que as ações integradas se integrassem ao sistema de saúde foram criadas comissões interinstitucionais nas três esferas de governo e também em nível local e regional. Eram denominadas, respectivamente, de Comissão Interministerial de Planejamento Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). A CIPLAN, a CRIS e a CIMS, eram compostas por representantes dos prestadores de serviço e do governo. Nas duas outras comissões era previsto o envolvimento de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representantes da população em geral. (CÔRTEZ, 2001).

A crise na saúde era foco principal para a Reforma Sanitária, que deixou de ser apenas mais um movimento, mas era uma exigência social, cuja necessidade deu forte impulso para que a VIII Conferência Nacional de Saúde fosse realizada. Os grupos dos setores privados opõem-

se radicalmente à Reforma e estabelecem a “guerra de posições”. Porém a grande novidade neste processo era a presença de vários segmentos da sociedade civil, lutando agora por seus direitos. A participação expressiva desses segmentos na VIII CNS tornou-se um marco no exercício da cidadania dos brasileiros, que exigiram trabalho, salário justo e sua participação nas decisões e gestão das políticas institucionais. (LUZ, 1994; RIBEIRO, 1997, CONFERÊNCIA ... 8, 2004).

A saúde então, passa a ter novo perfil, uma nova conotação política, e como define Muller (1991): *“o conceito de saúde não se restringe às ações técnicas da área, mas é assegurado por políticas econômicas e sociais, promove o acesso universal e igualitário aos serviços; as ações de saúde são de relevância política, cabendo ao Estado regulamentar e normatizar sua execução a partir de um sistema único regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com participação da sociedade organizada, estabelece novas bases para relação do setor privada”*.

O governo da Nova República, sob a Presidência de José Sarney, tenta inviabilizar os modelos aprovados na VIII CNS, por meio do estabelecimento e fortalecimento de correntes contrárias para desmobilizar o processo. Porém, estes esforços não impediram que fossem criadas a Comissão Institucional de Saúde (CIS), Comissão Interinstitucional de Saúde (CRIS), e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) – órgãos colegiados de coordenação nas três esferas do governo. (RIBEIRO, 1997)

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco histórico para a democratização, permeada com diversas tendências de esquerda e participação marcante de movimentos populares, com vistas a garantir a descentralização e municipalização da saúde com o controle social. A reforma sanitária brasileira tinha três objetivos principais: primeiro, transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; segundo, consolidar o financiamento e a provisão dos serviços públicos de saúde orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralização da atenção, e por último, facilitar a participação no planejamento e controle do sistema de saúde. (RIBEIRO,

1997; PESSOTO, NASCIMENTO E HEIMANN, 2001; WENDHAUSEN E CAPONI, 2002).

Cerca de 8.000 pessoas, entre dirigentes de instituições, técnicos, estudiosos, políticos, líderes sindicais e populares aprovaram um relatório, que se constituiu no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, plenamente legitimada pelos mais variados segmentos, e cuja proposta era a democratização dos serviços de saúde. A saúde deveria ser entendida como o somatório da relação do ser humano com o ambiente em que vive, englobando desta forma não apenas o atendimento ambulatorial, mas também o acesso a emprego, salário justo, direito à educação, habitação digna, saneamento básico, transporte adequado, boa alimentação, acesso à cultura e ao lazer, e obviamente a um sistema de saúde digno com qualidade e resolutivo. (RODRIGUEZ NETO, 1998; CONFERÊNCIA... 8, 2004).

No dia 20 de julho de 1987, é criado o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo decreto número 94.567. Os objetivos do SUDS eram: descentralização, acompanhamento, controle, avaliação e relacionamento entre os gestores. Nestes pontos, o poder político dos Estados cresce sobremaneira, pois as principais atribuições dos INAMPS-regionais, passam para a competência das Secretarias de saúde. Com isso, o SUDS recebe apoio dos mais interessados em promover a Reforma Sanitária: o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (BRASIL, 1994)

No ano da Constituinte (1988), todas as atenções estão centralizadas na aprovação de temas de cunho social, ressaltando-se no que se refere à saúde a compreensão como “*um direito de todos e dever do Estado*”. Porém, o desafio maior seria a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios fundamentados numa concepção ampliada de saúde, ou seja: a saúde como direito de todos, a igualdade, a integralidade, a saúde como função pública, a política de saúde com participação democrática e por fim, a saúde como componente da seguridade social. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO, 1988, CARVALHO, 1997)

Assim, após a grande mobilização dos vários segmentos da sociedade, os preceitos sociais da nova Constituição Brasileira Federal (CBF) são aprovadas. O parecer legal da participação da comunidade, encontra-se em três artigos da CBF: no capítulo da Seguridade Social, no art. 194, em seu parágrafo único, diz que: *“compete ao poder público , organizar seguridade social, com base nos seguintes objetivos: ... VII – caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com **participação da comunidade**, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados...”*; no artigo 197 – *“são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado.”* E, finalmente, o que concerne a saúde, no artigo 194 da CBF, diz que *“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: ... III – participação da comunidade”*. Assim, a saúde foi inserida na seção II, no capítulo da Seguridade Social, onde estão incluídas as Ações de Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO, 1988)

No entanto, para que os avanços obtidos fossem concretizados seriam necessários leis que as regulamentassem, porém o Governo resistia em enviar o Projeto de Lei ao Congresso Nacional, o que somente ocorreu em agosto de 1989. Em 19 de setembro de 1990, é sancionada a lei número 8.080, que regulamenta o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços. Mesmo após a aprovação desta lei, as manobras realizadas pelo Governo da época, limitavam a descentralização, as novas ações do Ministério da Saúde não eram cumpridas, e ainda continuava realizando convênios, favorecendo assim o clientelismo e a corrupção. Contudo, o processo perseverou e alguns Municípios aconteceram avanços, como a criação dos Conselhos de Saúde. (RODRIGUEZ NETO, 1998).

Em dezembro do mesmo ano, o Congresso Nacional revê os vetos e consegue recuperar as propostas iniciais, aprovando a lei número 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe

sobre a participação da comunidade e criação dos Conselhos de Saúde. (LUZ, 1994; CARVALHO, 1997; BRASIL, 2004^a).

A lei 8.142, no artigo 1º, parágrafo 2º, define: *“O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído e em cada esfera de Governo”*. Define-se também a representabilidade do CONASS e CONASEMS no Conselho Nacional de saúde, e o caráter paritário da representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde. (RIBEIRO, 1997).

As Conferências de Saúde, conforme as novas diretrizes, *“são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação da saúde e propor diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população, sua periodicidade não deve ultrapassar de quatro anos.”* (BRASIL, 2003^a).

Em 1992 foi realizada a IX CNS, que deveria ter acontecido desde 1990. As propostas eram as mesmas da VIII CNS, sendo necessário que o Governo fizesse cumprir a lei, colocando-a em funcionamento. O que só viria a ocorrer após o “impeachment” do então Presidente Fernando Collor. Com a posse do Governo de Itamar, alguns passos mais concretos são realizados. Assim, em 1993 é elaborada a Norma Operacional Básica (NOB 01/93), mediante os preceitos das leis 8080 e 8142. A NOB 1/93 previa três formas de gestão: a incipiente, a parcial e a semiplena. Para que um Município fosse habilitado em uma das formas de gestão era necessário, entre outras providências, que os Conselhos Municipais de Saúde fossem criados. As medidas estruturais propostas para obtenção das mudanças desejadas no setor incluíram:

- Consolidação de um sistema político nacional, onde as três esferas governamentais possam atuar de forma complementar e harmônica;
- Mudança cultural e de afirmação da cidadania na forma de um processo em que a saúde é valor permanente e qualificador da vida;
- Organização e regulamentação de um sistema assistencial privado, visando a assistência universal, integral e equitativa ;
- O estímulo a capacitação com redução de gastos, mediante o funcionamento competitivo entre os sistemas público e privado;
- Introdução de práticas de gestão descentralizada e desconcentradora, com o intuito de evitar processo cumulativos, ineficazes e injustos;
- Adoção de modelos técnico-operacionais inovadores, que visem a atenção integral, personalizada, ambientalizada e de alcance do coletivo. (PESSOTO, 2001)

Alguns entraves foram criados para que os municípios fossem habilitados e para Gerschman (2001), o processo de municipalização /descentralização teve difícil acolhida não apenas pelo complexo panorama de desigualdades existentes entre os municípios, mas sempre este *“em jogo e como pano de fundo as contrapartidas financeiras dos SUS, sendo um elemento de forte resistência e pressão para que a maioria dos municípios não se habilitasse a efetivar o processo de municipalização da saúde”*.

Nesta mesma época ocorre a extinção do INAMPS, que desde 1990 estava incorporado ao Ministério da Saúde, porém continuava atuando de forma autônoma, clientelista e autoritária. Cai, assim, o órgão de maior resistência da implantação do SUS. (CONFERÊNCIA... 9, 1992; RODRIGUEZ NETO, 1998).

Após a aprovação da NOB/93, uma crise financeira é vivida intensamente pelo Ministério da Saúde, que deixa de receber os repasses devidos pelo Ministério da Previdência Social, maior órgão arrecadador das receitas da Seguridade Social, além das dificuldades de conseguir recursos do Ministério da Fazenda. Esta crise levou a não concretização plenamente da NOB, na maioria dos municípios. A falta de recursos humanos e financeiros,

a dificuldade de acesso ao uso de tecnologias e a inexistência de estruturas físicas adequadas, além da distância que dificulta o atendimento à saúde, foram (e são) entraves mais comuns a não concretização plena da NOB, na maioria dos municípios. (RODRIGUEZ NETO, 1998; LIMA, 2000).

Na X CNS, realizada em setembro de 1996, dentre outras deliberações uma das novidades de maior peso foi em relação ao tema “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”, a grande explicação pela busca do debate nestas novas questões está centrada no fato de fazer o SUS acontecer no nível municipal e microrregional. Havia uma evidente participação dos municípios para que isto ocorresse, apesar da crise financeira no setor saúde não ter sido sanada. Entre outros temas, a Conferência mostrou com clareza que era urgente a necessidade de modernizar e valorizar o trabalho, a qualidade e o resultado para os usuários, além de dar continuidade de forma radical ao processo de descentralização e controle social. Os participantes deliberaram pelo aprofundamento e fortalecimento do controle social, mediante a participação da comunidade, reafirmando a obrigação dos Gestores de cumprir e fazer cumprir a legislação do SUS, principalmente no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde na formulação e no controle da execução política de saúde. (Barros, 1998; Conferência... 10, 2004).

Com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”, é realizada a XI Conferência Nacional de Saúde. Para os participantes houve avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde, sendo os Conselhos Municipais de Saúde os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos. Contudo, os Conselhos de Saúde ainda careciam de estrutura, capacitação e assessoria, além de que a grande preocupação em destaque foi necessidade urgente de intensificar a qualificação do usuário, tornando-o capaz de participar ativamente, não apenas identificando os problemas, mas buscando soluções mediante os mecanismos de participação existentes. (CONFERÊNCIA,... 11, 2004).

A XII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu nos dias 07 a 11 de dezembro de 2003, e teve como tema: "Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos". O tema central abordou dez aspectos, considerados eixos temáticos, sendo todos importantes, porém tendo o Controle Social como eixo central, por se tratar da *“maior inovação introduzida pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo SUS”*, como forma de ampliar decisivamente o processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, envolvendo governo e sociedade, criando e instituindo assim, mecanismos para a gestão participativa, cujo objetivo é agregar legitimidade às ações do governo, gerando sustentabilidade aos programas e políticas propostas. (CONFERÊNCIA.... 12, 2004).

1. DEFINIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Em todos os países do mundo, democráticos ou não, a retórica dos políticos é a mesma: discursos apelativos dos direitos da cidadania e participação popular, porém suas intenções vão desde a luta pela democracia propriamente dita, até o populismo, a cooptação, o clientelismo e até mesmo um mascaramento de repressão. (WESTTPHAL E BÓGUS, 2002).

A discussão sobre a participação popular tem merecido destaque a partir da última década do século XIX. Ao longo do tempo, o tema tem sido estudado por diversos autores, de várias linhas. A literatura que versa sobre o assunto tem ampliado quantitativamente, porém pouco tem acrescentado na compreensão de como a participação social acontece na prática. Sabe-se que o controle social tem uma estreita relação entre a verbalização das reais necessidades da comunidade, e na equidade da distribuição da verba pública, pelo Governo. (VALLA, 1998).

Valla e Stotz (1993), definem como sendo o estabelecimento da participação pela sociedade nas políticas da saúde, mediante as instituições existentes. Segundo os mesmos, participação popular em saúde é a *“política das entidades representativas da sociedade civil, em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas públicas na área social”*.

O Ministério da Saúde, em seu Manual para Conselheiros (BRASIL, 1994^a), define a participação social como um *“processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas, as políticas de governo”*.

Demo (1999), afirma que *“participação é processo, é conquista de direitos, de cidadania”* e para este autor a participação social é uma forma de adquirir o que já é de direito, contudo

faz-se necessário um aprendizado, uma sequência de fatos, que levem a busca destes direitos.

Celedón e Noé (2000) definem a participação social como um direito das pessoas decidirem as “regras do jogo”. Para estes autores, a participação na saúde tem sido entendida de diversas formas:

- Como uso dos serviços de saúde: é a forma mais rudimentar de interpretar a participação, consiste em considerar as pessoas como meras receptoras ou beneficiárias da atenção à saúde.
- Como contribuição da promoção da saúde: é o apoio voluntário das pessoas a determinados projetos ou programas de saúde, as pessoas são vistas como um instrumento ou recurso que facilita a ação do Estado.
- Como uma participação comunitária: consiste na organização da comunidade em grupos de apoio, o objetivo da organização é obter recursos da população, transmitir conhecimentos e capacitar a população para que se transforme em um agente ativo do seu desenvolvimento, é uma visão mais ampla de participação.
- Como uma visão mais moderna: é reconhecer as pessoas como usuários e cidadãos, ante os quais o sistema de saúde deve prestar contas de qualidade, oportunidade de serviço e do uso eficiente dos recursos financeiros; existe uma maior responsabilidade do Estado diante da cidadania e a necessidade de implementar diferentes mecanismos de participação, individuais e/ou coletivos, que permitam as pessoas exercerem controle sobre seus direitos de proteção da saúde.

Terazon Miclin (2003) define a participação social como um processo complexo, inerente à dinâmica social, que adquire nos pequenos grupos sociais sua mais rápida e eficiente dimensão.

Assim, embora diversos autores assumam opiniões diversas sobre o tema, é fato concordarem que participação social *“compreende as múltiplas ações, que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social”*, seja na saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico e outros. (VALLA, 1998).

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL – OS CONSELHOS DE SAÚDE

A participação popular está ligada ao processo de descentralização, podendo contribuir para a democratização dos serviços públicos e solidificar a cidadania de uma população. É, portanto, um elemento indissociável da formação e manutenção do SUS, e é um pré-requisito para o êxito da municipalização. (SILVA, 1999; JACOBI, 2002).

É importante salientar que o estabelecimento e o pluralismo dessas participações populares não declara a igualdade de acesso ao poder, nem acabam as desigualdades existentes, mas aumentam as chances de vitória quando há luta popular. O traço mais específico das políticas sociais é conceber a importância dos usuários dos serviços, em todas as fases do processo, *“é privilegiar espaços das realidades microssociais, é criar condições favoráveis para o surgimento da cidadania e que esta tenha voz, pois a participação se produz com a interação entre o indivíduo, suas competências e estados internos”*. (BARROS, 1998; COSTA, 2000).

A participação popular diferencia-se de qualquer outro tipo de manifestação social, como os mutirões, por exemplo, por tratar-se de uma participação política das entidades

representadas pelos variados segmentos da sociedade civil, de forma organizada. Este tipo de participação legitima as ações do Governo, e abre canais de participação no controle e destino da verba pública. (VALLA, 1998).

As transformações efetivas esperadas, mediante a participação da comunidade não têm sido expressivas, com exceção em alguns municípios com Governos populares, ao contrário o que se tem delineado é a continuidade de uma grande crise no setor da saúde. Para alguns grupos, quanto mais desarticulado a participação popular estiver, melhor, pois assim as conquistas e as mudanças necessárias não acontecem, é o caso dos planos de saúde. Daí a importância da força social, que impulsiona o que foi estabelecido a sair do papel. (VALLA, 1998)

Articular as representações da ação democrática com as instituições democráticas sociais constitui, na atual conjuntura política do Brasil, um dos maiores desafios que se coloca diante dos sujeitos do processo participativo, ou seja, para aqueles que têm compromisso com as mudanças sociais. É necessário, portanto, *“intensificar o debate sobre as formas de ampliar participação de homens e mulheres nas decisões fundamentais relacionadas com a gestão pública”*. (GOMES, 2002).

Segundo Pedro Demo (1999), *“a redução das desigualdades só pode ser fruto de um processo árduo de participação, de uma conquista processual que supõe compromisso, envolvimento e presença em ações”*. Na saúde, o CMS é o meio institucional, mediante o qual a participação pode ser efetivada e as desigualdades de alguma forma, minimizadas. Torna-se desta forma, imprescindível o estímulo à participação social pelo que muito contribui para o aprimoramento das ações políticas sociais, servindo também como um desacelerador de tendências que levam à exclusão da sociedade, e diminuem os espaços existentes entre as camadas da população.

No Brasil, a cultura da política tradicional é um obstáculo à participação, mas a nova dimensão de cidadania é um aprendizado a ser conquistado por uma sociedade que mesmo

diante de suas raízes, recusa-se a permanecer da maneira como está, sendo os conselhos os principais facilitadores da presença da sociedade na gestão pública. O estabelecimento de uma maior participação decorre da criação de organizações comunitárias dos movimentos populares nos conselhos, fóruns de participação, entre outros. Abrindo desta forma um leque para a inclusão dos mais diversos grupos sociais. (JACOBI, 2002).

Os conselhos de saúde foram criados como órgãos permanentes e obrigatórios do SUS, possuem diversas atribuições legais e caráter deliberativo, com potencialidade de influenciar positivamente no processo de democratização no sistema. Apesar de suas práticas estarem aquém de suas possibilidades e responsabilidades legais, encontram-se comprometidos com as diretrizes do SUS. (CARVALHO, 1997; JACOBI, 2002).

A lei confere aos conselhos de saúde, atribuições de *“atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde”*, compartilhando desta forma, com o executivo e o legislativo, ou seja, o objetivo específico dos conselhos é a *“realização das suas atribuições legais no processo da permanente construção das suas articulações e relações especiais com os Gestores do SUS e com as Casas Legislativas”*. (BRASIL, 2000^a).

Ao contrário das Comissões Interinstitucionais, os conselhos de saúde são instâncias deliberativas e paritárias, onde são representados formal e publicamente os interesses da população. (Pessoto, 2001). Os conselhos de saúde têm jurisdição nas três esferas de governo, a saber: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde (CMS), que deverão ser representados por quatro segmentos da sociedade: Governo, funcionários da saúde, prestadores de serviços e usuários. Os Conselhos de Saúde são órgãos governamentais de caráter permanente, colegiado, de composição paritária (50% representados pelos usuários, 25% dos funcionários e 25% do governo e prestadores de serviços), de natureza deliberativa, e cujas competências são:

20

- a) Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentem o SUS para o controle social da saúde;
- b) Elaborar o regimento do Conselho e outras normas de funcionamento;

- c) Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferências de saúde;
 - d) Definir diretrizes para elaboração de planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
 - e) Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança, adolescente e outros;
 - f) Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
 - g) Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde;
 - h) Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, princípio e equidade;
 - i) Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do sistema de saúde do SUS;
- 21
- j) Avaliar e deliberar sobre os contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
 - k) Propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação de recursos;

- l) Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos, e próprios do Município, Estado, Distrito Federal, e da União;
- m) Analisar, discutir e aprovar o relatório da gestão com a prestação de contas e informações financeiras, repassado em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;
- n) Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;
- o) Examinar propostas e denúncias de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito das deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;
- p) Estabelecer critérios para determinação de periodicidade das conferências de saúde, propor sua convocação, estruturar sua comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências;
- q) Estimular articulação e intercâmbio entre os conselhos e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da saúde;

- r) Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde, pertinentes ao desenvolvimento do SUS;
- s) Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do conselho, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

- t) Apoiar e promover a educação para o controle social. Constará do conteúdo programático dos fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento do SUS, as atividades e competências do conselho, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;
- u) Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos humanos do SUS;
- v) Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos. (Brasil, 2003^a)

Quanto as categorias de representação que compõe os conselhos, o Ministério da Saúde já identificou:

- Associações de portadores de patologias;
- Associações de portadores de deficiências;
- Entidades indígenas;
- Movimentos sociais e populares organizados;
- Movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- Entidades de aposentados e pensionistas;
- Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- Entidades de defesa do consumidor;
- Organizações de moradores;
- Entidades ambientalistas;

23

- Organizações religiosas;
- Trabalhadores de saúde: associações, sindicatos, federações e confederações, e conselhos de classe;
- Comunidade científica;
- Entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais de campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- Entidades patronais;
- Entidades de prestadores de serviços de saúde;

- Governo.

Cada conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade do seu Estado, respeitadas as normas legais. (BRASIL, 2003).

O mandato do Conselheiro é definido no Regimento Interno do Conselho e não deve coincidir com o mandato do governo ao qual ele está vinculado. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003^b) sugere a duração de dois anos, com possibilidade de recondução a critério das respectivas representações.

Até a metade do ano 2000, 97,04% dos municípios brasileiros haviam municipalizado a rede ambulatorial básica e os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, porém apenas 8,97% haviam passado a ter controle também sobre todos os serviços financiados com recursos públicos (ambulatórios, hospitalares, terapêuticos ou de apoio diagnóstico), inclusive os contratados de prestadores privados. Mesmo com todas dificuldades e até resistência, vê-se que quase todos os municípios construíram seus conselhos de saúde, já que sua formação é pré-requisito para municipalização. (BRASIL, 2000^b).

A constatação de que os conselhos difundiram-se pelo país, não significa que em todos os municípios tem ocorrido a participação dos usuários, pois em algumas localidades os conselhos existem apenas formalmente, constituídos apenas para receber os recursos financeiros. Contudo, o efetivo controle social só é possível por intermédio de organizações

24

legítimas, com representações de interesses dos diversos segmentos sociais, e de mecanismos que assegurem o acesso às informações e de democratização dos processos decisórios. (CORTÊS, 2001).

Assim, os Conselhos de Saúde vêm sendo construídos sob uma nova perspectiva de coletivo (*novo coletivo*), e sua maior função é a edificação de uma nova cultura política, buscando mediante as informações, analisar e avaliar as ações de saúde ao mesmo tempo em que controla a execução dessas ações pelo Governo. (RODRIGUES e cols, 2000)

3. HISTÓRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Em 13 de janeiro de 1937, é criada a lei 378, que institui o Conselho Nacional de Saúde com a finalidade de dar nova organização ao Ministério da Educação e Saúde. Sua atribuição era “assistir” o Ministério. (BRASIL, 2003).

Após 30 anos de atividade irregular e inexpressiva, o decreto 67300 de 1970, atribui ao CNS estrutura e funções mais delineadas, tornando-o compatível com as políticas nacionais, vigentes da época. No novo Conselho de Saúde, passa a existir *“a presença de atores privilegiados no projeto hegemônico e garante o controle do governo sobre o seu funcionamento”*, definindo o CNS como órgão consultivo e a quem *“competes examinar emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que se submeter à sua apreciação”*. Composto por dezesseis membros, sendo o Ministro da Saúde, seu presidente nato e quinze conselheiros, dentre os quais onze eram escolhidos diretamente pelo Ministro e quatro escolhidos em lista tríplice, também pelo Ministro. A idéia de participação popular não fazia parte de seu estatuto. (BRASIL, 2003).

25

Em 1976, o decreto 7956/76, que regulamentou a lei 6229/75, vem consolidar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o CNS, passando este a ser um órgão de “Câmara Técnica”, a quem *“competes examinar e propor soluções para problemas concernentes a promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através d suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Ministério do Estado”*. (BRASIL, 2003)

Sua estrutura técnica-administrativa é alterada, mediante as portarias 360/77 e 204/78, adquirindo caráter consultivo, com atribuições normativas. Passa a ser composto por 23 membros, sendo seis representantes ministeriais (outros Ministérios); seis presidentes da

Câmara Técnica, indicados pelo Ministro; seis membros de instituições que tivessem relação com saúde e com segurança, indicados pelo Ministro; cinco técnicos com “notória capacidade e experiência comprovada em assuntos da saúde, também indicados pelo Ministro”. (BRASIL, 2003)

Até o início de 1990, o CNS teve um funcionamento de pouca importância, chegando a quase inexistência, quando surge um novo CNS mediante o decreto 99438/90, cujas atribuições e competências, incluem”:

- ◆ Deliberar sobre:

- a) Formulação de estratégia e controle da execução da política nacional d saúde em âmbito geral;
- b) Critérios para definição de padrões e parâmetros assistenciais;

- ◆ Manifestar-se sobre a Política Nacional de saúde;

- ◆ Decidir sobre:

- a) Planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos CES;
- b) Divergências levantadas pelos CES e CMS, bem como por órgãos de representação na área da saúde;

26

- c) Credenciamento das instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisas em seres humanos;

- ◆ Opinar sobre a criação dos novos cursos superiores na área da saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;

- ◆ Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, m função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

- ◆ Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, aos Municípios e Distrito Federal;

- ♦ Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- ♦ Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
- ♦ Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área da saúde, para observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural dos países;
- ♦ Propor a convocação e organizar a Conferência nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (Brasil, 2003)

27

4. FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE, ESTADUAL E MUNICIPAL

São instâncias que têm por finalidade viabilizar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde. São espaços de interlocução entre o Estado e a sociedade civil tendo, por definição, uma composição mista. (BRASIL, 1995)

Na resolução 33/92, o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003) recomenda que o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros. Cada Estado e Município discutirão sobre esta composição numérica, bem como sobre os segmentos que participarão do Conselho. Recomenda, ainda, a representação de algum órgão e/ou entidades, que poderão sofrer modificações, de acordo com a realidade de cada Estado e Município, preservando, porém, o princípio da paridade em relação aos usuários.

Para os Conselhos Estaduais de Saúde, a relação dos órgãos e/ou entidades são:

- Representante(s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de estado da saúde e outros Ministérios;
- Representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- Representante(s) da Secretarias Municipais de Saúde;
- Representante(s) dos trabalhadores na área de saúde;
- Representante(s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas;

A representação de usuários deverá ser composta por:

- Representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- Representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;

28

- Representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- Representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- Representante(s) de associações de portadores de patologias;
- Representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A representação total dos usuários deverá ser indicada impreterivelmente pela suas entidades

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, propõe-se uma composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, que deverá ser adaptada por cada Município. Não sendo imprescindível a presença de representante do Governo Federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos na localidade. Os usuários terão representação semelhante à dos Conselhos Estaduais. Os outros segmentos deverão ser representantes do Governo estadual, do governo Municipal, dos trabalhadores da área da saúde e dos prestadores de

serviços de saúde de entidades filantrópicas e não filantrópicas. Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública. (BRASIL, 2003).

CAPÍTULO III – CONTEXTO DA ANÁLISE

1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.1. O ESTUDO REFERÊNCIA

O estudo baseou-se no banco de dados da pesquisa: “Barreiras e Oportunidades Para a Participação do Usuário no Controle de Qualidade dos Serviços de Saúde: Um Estudo Avaliativo na Colômbia e no Brasil”, cujas informações foram coletadas entre maio de 1999 e março de 2002, com apoio das seguintes instituições: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), no Brasil; Escuela Psicologia da Universidad Del Valle. Univalle-Cuidad Universitaria-Melendez Cali, na

Colômbia; Institute for Health Sector Development – IHSD. London. United Kingdom; Escuela Andaluza de Salud Publica – EASP. Granada. España.

O projeto foi financiado pelo Ministério da saúde do Brasil e União Européia com o objetivo de avaliar a eficácia da política atual de reforma do setor saúde, fortalecer a participação dos usuários no controle da qualidade dos serviços de saúde traçar aprendizados e favorecer a sua implementação em dois países da América do Sul – o Brasil e a Colômbia.

No Brasil, o estudo foi realizado no Nordeste do país, segunda região mais povoada, com 42.470.225 habitantes e uma densidade demográfica de 27,5 hab/km², em dois municípios do estado de Pernambuco, o Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, que são situados na região metropolitana do Recife.

Os métodos adotados para a realização da pesquisa avaliativa envolveram características das ciências sociais, do comportamento e da saúde. Constituiu-se de dois tipos de estudo: um qualitativo, no primeiro momento, mediante entrevistas semi-estruturadas individuais e com grupos focais de discussão, com informantes-chaves, quais sejam, conselheiros nacionais e municipais de saúde, gerentes de serviços encarregados da atenção ao usuário, totalizando

30

94 entrevistas; o outro, de caráter quantitativo, por meio de inquérito domiciliar para os usuários dos serviços de saúde público ou privado, num total de 1590 entrevistas.

1.2. A PESQUISA – BASE DE DADOS

Para fins de análise do presente estudo, foram utilizados os dados qualitativos da pesquisa realizada, no Brasil, com os Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, mediante um guia de perguntas (ANEXO I), utilizando-se o método qualitativo de análise do conteúdo.

Do questionário da pesquisa de origem foram utilizadas apenas 07 perguntas, tendo em vista que neste tipo de análise, podemos fazer uso desta prerrogativa por se tratar de perguntas

que englobavam todos os atores de um modo geral e atendiam ao objeto do estudo e as duas instâncias.

Ao todo foram 16 entrevistas, sendo 7 conselheiros do município de Camaragibe, 5 do Cabo de Santo Agostinho e 4 do Conselho Nacional de Saúde. Do total de entrevistados, 11 são mulheres e 5 homens, cujas faixas etárias variavam entre 31 e 62 anos. O grau de instrução também diversificou, porém do total apenas 5 possuíam nível superior (2 do CMS e 3 do CNS), sendo 2 médicos, 1 dentista, 1 assistente social e 1 pedagogo.

Como se trata de uma pesquisa que utiliza uma metodologia eminentemente qualitativa, a amostra numericamente reduzida permitiu ao pesquisador tentar explorar alguns elementos em maior profundidade e detalhamento como sugere Minayo (1992).

De acordo com essa autora, a pesquisa qualitativa objetiva o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Aborda, principalmente, o significado das ações e relações humanas, que trata de um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

31

É importante lembrar de que não se trata de um critério numérico e sim, de se considerar que uma amostra ideal deverá ser capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

A técnica utilizada para a coleta sistemáticas das informações é a entrevista, utilizando questionários semi-estruturados, que por ser flexível o pesquisador pode ser capaz de apreender o modo individual como cada entrevistado percebe as questões. (LÜDKE E ANDRÉ, 1986).

A entrevista pode ser de natureza individual e/ou coletiva, que se caracteriza em um momento por uma comunicação verbal e em outro, como meio de coleta de informações. Os dados obtidos podem ser objetivos e de fontes secundárias (censos, estatísticas, etc...) e subjetivos relacionados às atitudes e às opiniões dos entrevistados.

1.3. O MÉTODO QUALITATIVO

De acordo com Ebrahim e Sullivan (1996), a pesquisa qualitativa é proposta quando se busca a compreensão dos processos, eventos e relações no contexto sócio-cultural. O termo qualitativa se refere a natureza dos dados coletados que tem como característica a descrição detalhada, registrada pelo pesquisador, executada no ambiente onde o fenômeno ocorre e examina o modo como os indivíduos, subjetivamente, percebem e explicam suas experiências. Ou seja, no contexto da atenção à saúde, a análise e a apresentação são consideradas de modo conceitual, possibilitando assim captar o significado e a interpretação das relações em serviços, formas de gerências e tomadas de decisões.

1.4. A ESCOLHA DOS MUNICÍPIOS

Dois critérios foram utilizados para a seleção amostral. Um relacionado aos municípios e o outro relacionado a amostra.

32

Em relação aos municípios:

- Um deles deveria se predominantemente rural, enquanto que o outro predominantemente urbano;
- Apresentarem grande número de organizações populares, legalmente constituídas, e utilizassem os mais diversos tipos de mecanismos para a participação social na elaboração de políticas públicas;
- Serem considerados municípios de referência pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito ao grau de implementação da Reforma Sanitária.

Em relação a amostra:

- o usuário ter utilizado os serviços de saúde dos municípios nos últimos seis meses que antecederam ao inquérito.

1.5. CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS SELECIONADAS

Para efeito de análise desta pesquisa tomou-se como referência os dados do Censo da época do estudo, de maneira que houvesse coerência dos fatos, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1996).

Município do Cabo de Santo Agostinho

O Município do Cabo de Santo Agostinho foi criado pela lei provincial de 27 de julho de 1811. Embora situado na Região Metropolitana do Recife (capital do Estado de Pernambuco), o Cabo (como é mais conhecido) é considerado integrante da microrregião de Suape, na Zona da Mata Sul do Estado, local essencialmente dedicado à monocultura da cana de açúcar.

Geograficamente limita-se ao norte com os Municípios de Jaboatão dos Guararapes e Moreno, ao sul com Ipojuca, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com o Município

33

de Vitória de Santo Antão. Está situado a 41 km da capital do Estado, cujas vias de acesso são as rodovias BR 101 e a PE 17.

O Cabo possui uma área total de 451 km², com uma população de 140.764 habitantes, em 1996. Conferindo-lhe uma densidade demográfica de 312,1 hab/km². Sua população encontra-se demograficamente assim distribuída: 86,4% na área urbana, perfazendo um total de 23.722 domicílios residenciais, com taxa média de 4,62 moradores/domicílio; 13,6% na área rural, com 3.437 domicílios residenciais e uma taxa média de 5,02 moradores/domicílio.

O ecossistema urbano caracteriza-se por um desequilíbrio espacial no que diz respeito à dotação da infra-estrutura do município, bem como, da estrutura social e econômica da

população. Segundo a divisão político-territorial, a população do município está distribuída na sede do governo em três distritos: Ponte dos Carvalhos, Santo Agostinho e Juçaral. Na sede do governo, região central, situada às margens da BR 101, concentram-se 62% da população. Esta região apresenta as características típicas de um centro urbano, com comércio, pequenas indústrias e serviços. Circunvizinhos, situam-se os distritos de Ponte dos Carvalhos e a Vila Pontezinha. Na região costeira, com características de turismo e lazer, situa-se o distrito de Santo Agostinho. Parte desta área abriga o complexo integrado de Suape (Região Portuária do Estado). O distrito de Juçaral localiza-se na área rural, onde predominam a monocultura da cana-de-açúcar, com pequenos sítios dedicados à cultura de subsistência.

Da população, 65,9% possuem água encanada, 14,7% dispõe de rede de esgoto e 19% não possuem instalações sanitárias internas nos domicílios do distrito sede. Quanto a coleta de lixo domiciliar, industrial e hospitalar não ultrapassa 68% da área física do município.

Por sua vez, os indicadores sócio-econômicos e demográficos, mostram uma estrutura etária onde 38% da população tem menos de 15 anos e 6% é maior de 60 anos. A população economicamente ativa perfaz um total de 12% e a taxa de analfabetismo é de 23% para

34

crianças com 11-14 anos de idade e 30% para maiores de 15 anos. Cerca de 50% dos chefes de família recebem menos de 1,5 salários mínimos.

Os indicadores de saúde para o município estimam um coeficiente de mortalidade infantil igual a 53,6/1000 nascidos vivos. As afecções perinatais equivalem a 35,5%, enquanto o coeficiente de mortalidade materna em torno de 50 a 100/100.000 nascidos vivos. A cobertura vacinal para antipólio era de 59%, 76% para tríplice (DPT), 100% para anti-sarampo e 99% para BCG.

A Municipalização na Gestão Plena do Sistema de Saúde (MGPS), conforme a Norma Operacional Básica de Saúde/96, tem sido uma meta para que o município incorpore os princípios da Carta Magna - universalidade, integralidade, equidade e controle social.

A rede municipal pública de saúde conta com três hospitais, cinco centros de saúde e 23 Postos de Programa de Saúde em Casa. Conta ainda com quatro hospitais conveniados, três laboratórios de análises clínicas. Quanto as redes de saúde, não conveniadas, na área de Pontezinha e Ponte dos Carvalhos, são: oito farmácias, um laboratório de análises clínicas e dois consultórios médico-odontológicos. No Centro do Cabo existem treze farmácias, três laboratórios de análises clínicas, quatro consultórios médico-odontológicos.

O Conselho Municipal do Cabo de Santo Agostinho foi criado pela lei 1687/94. Possui 20 membros titulares com seus respectivos suplentes. A periodicidade de reuniões ordinárias é mensal. Não dispõe de Conselhos de Gestores nas Unidades de Saúde. A criação destes conselhos está ainda em processo de discussão.

O município conta com 104 organizações comunitárias, algumas delas criadas há mais de uma década. A sociedade encontra-se então organizada na seguinte distribuição: trinta associações de moradores, oito associações de agricultores, 19 entidades religiosas, cinco clubes de mães, três entidades de mulheres, três entidades de idosos, nove entidades culturais/desportivas, seis sindicatos de trabalhadores e um centro social.

Município de Camaragibe

Criado pela Lei Nº 8.951, de 14/05/1982, tendo sido desmembrado do município de São Lourenço da Mata. Situado na Região Metropolitana do Recife (RMR), seu território corresponde a uma área de 52,9 km² e, de acordo com a Lei Municipal 1.250, não possui área rural. Sua população, conforme dados do IBGE (1996), é de 114.039 habitantes e densidade demográfica 2.268hab/km², agravada pelo relevo acidentado e pelo fluxo imigratório no Estado.

Com relação a rede de esgotos sanitários, apenas 2% dos domicílios são ligados à rede geral de esgotos, 94% com instalação sanitária só no domicílio. Os demais, possuem instalação

sanitária comuns a mais de um domicílio. Nas instalações de fossas, 78% ainda utiliza a rudimentar, 22% fossa séptica, cujo escoamento é feito para a rede pluvial em 48% dos casos.

A rede pública de abastecimento de água atende apenas 35% da população, os demais utilizam-se de poços artesianos individuais ou coletivos, que não possuem revestimento interno adequado, podendo ser contaminados pela presença de fossas nas proximidades.

O desenvolvimento econômico local é caracterizado por 66% de comércio; 30% de serviços e 4% de indústria. Cerca de 56% dos chefes de domicílio percebem salário entre $\frac{1}{2}$ e 2 salários mínimos, 65% da população é alfabetizada.

Em 1981, a mortalidade infantil era de 40,3/1000 nascidos vivos, dado subestimado devido a inexistência, na época, de um sistema de informação municipal.

A partir de 1993, com o estímulo à participação popular na construção das diretrizes nas políticas de saúde, o sistema de saúde foi fortalecido, sendo capaz de dar respostas às necessidades da população. Nesta época, foram definidas algumas operações, como a Municipalização em Gestão Parcial de acordo com a Norma Operacional Básica 01/93; a

36

implantação dos Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária; e a implantação do Fundo Municipal de Saúde.

Em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Estes programas configuraram em um novo Modelo Assistencial, sendo os mecanismos reformuladores da atenção à saúde no município dentro de um enfoque fundamentalmente preventivo, com abordagem familiar e comunitária, centrada na territorialização do atendimento. Todas as ações foram sempre muito discutidas pelos profissionais de saúde e CMS.

As Unidades de Saúde da Família – USF, foram instaladas nas regiões mais densamente povoadas e desprovidas de serviços de saúde. Em 1998, o município contava com 22

equipes, compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde responsáveis por, aproximadamente, 1000 famílias.

Os principais resultados obtidos, no período de 1993 – 1996 , foram: a consolidação do Sistema Municipal de Saúde; a expansão do número de unidades e complexidade da rede municipal de saúde, oferecendo mais e melhores serviços à população; a expansão do total de procedimentos médicos e demais atividades de saúde; a cobertura de 96% da população cadastradas no PSF; a redução do coeficiente da mortalidade infantil por todas as causas; a cobertura de pré-natal de aproximadamente 92%, nas localidades que as equipes atuam; a promoção do aleitamento materno exclusivo, onde a cobertura é de 59% entre crianças menores de quatro meses; a cobertura vacinal acima de 90%; o uso de Terapia de Reidratação Oral em casos de doença diarreica aguda, obtendo 90% entre as crianças menores de dois anos, fato que tem contribuído para a redução de óbitos por esse agravo no município.

1.6. PLANO DE ANÁLISE

O método de análise utilizado foi a *Análise de conteúdo* que trata de um conjunto de técnicas e, surgiu nos Estados Unidos no início do século passado. É importante lembrar que a análise, em pesquisa qualitativa, poderá já ocorrer desde a fase da coleta das informações. Esse tipo de técnica abrange, cronologicamente três fases : pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Como todo método de análise está sujeito à críticas que no caso é referida como uma técnica de interpretação de textos, com pouca articulação com os contextos das imagens veiculadas.(GOMES, 2003)

Para abordagem dos objetivos, foi realizada uma revisão nos documentos de política de reforma do setor da saúde e na legislação sobre a participação, com a finalidade de analisar o conteúdo da política, inclusive metas, mecanismos, normas e decretos relativos à participação dos usuários no controle da qualidade, estratégias operacionais e níveis de esperados de participação social.

Com o objetivo de apoiar a análise final, além da revisão da literatura, foram incluídas publicações especializadas em políticas públicas, com enfoque na área social e econômica.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Os conceitos relatados pelos conselheiros de saúde, serão apresentados ressaltando-se as percepções semelhantes ou diferentes encontradas entre os segmentos do conselho, bem como entre as instâncias dos poderes municipal e nacional. As definições foram elaboradas mediante as descrições das diferentes ações que compõe o processo participativo. Em alguns discursos, os conselheiros relatam estas ações executadas por si próprios, em outros pelo usuário.

1. DEFINIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Nas instâncias de governo bem como entre os diferentes segmentos, a percepção dos conselheiros acerca da participação social (QUADRO I) é vista como um processo dinâmico, constituído por diversas ações que convergem para gerar mudanças, visando o bem comum. Na definição de participação social foram identificados nove conceitos, dentre os quais dois foram comuns às duas instâncias governamentais; cinco na instância municipal e dois na instância nacional. Observando-se os segmentos, um número maior de conceitos forma referidos pelos representantes dos usuários e funcionários.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
• Participação social vista como direito, (RG); • Participação social como forma coletiva e organizada de lutar por melhorias, (RT). • Participação social como fiscalização e deliberação, (RT); • Participação social como uma visão do bem estar da coletividade, (RT); • Participação como integração, (RU); • Participação como busca de conhecimento para o desenvolvimento da comunidade, (RPS); • Participação como expressar opinião, (RG).	• Participação social vista como direito, (RU); • Participação social como forma coletiva e organizada de lutar por melhorias, (RT). • Participação como votação eleitoral, (RT); • Participação como uma contribuição da sociedade, com novas alternativas, (RG).

Conceitos semelhantes 

Conceitos diferentes 

a) Conceitos comuns às duas instâncias

- *Participação social vista como direito*

A participação social é vista como um direito, pelos representantes do governo em nível municipal e dos usuários em nível nacional. Para o representante do governo, expor suas opiniões é também um direito, e esta deve ser expressa por meio da sociedade organizada, interferindo nas decisões de interesse público em esferas governamentais diferentes, ou seja,

“as instâncias de organização da sociedade terem direito a voz e terem direito a voto nas deliberações, em qualquer atividade, seja da secretaria de saúde ou de outras esferas de

governo também.”. Da mesma forma, entendendo a participação com um direito, o representante do usuário visualiza o direito do cidadão enquanto ser humano e que é digno de uma vida com qualidade “seria o direito do cidadão em todos os níveis, na sua plenitude, na concepção maior do ser humano... o direito universal que a própria constituição lhe dá, que é o direito humano, direito de viver, viver com qualidade... abranger todos as questões que vão da saúde, educação, do lazer, do acesso a toda qualidade de vida, não só o direito à vida...”

- *Participação social como forma coletiva e organizada de lutar por melhorias*

A luta por melhorias, de forma coletiva e organizada, foi entendida como participação por conselheiros dos segmentos dos trabalhadores de saúde em cada uma esfera de governo. Para o representante do CNS, participação social é o meio pelo qual a sociedade unida e visando o bem comum podem alcançar melhorias e soluções para os problemas existentes. “É a medida que a população e os seus variados segmentos, ou trabalhadores, se organizam coletivamente, em torno de finalidades comuns...” (RT CNS). Completando, o representante do CMS colocou que a luta organizada deve abranger outras áreas, além da saúde. “Participação social é você estar sempre engajado em tudo: saúde, trabalhando nas associações, em todos os grupos que se organizam, que lutam por uma justiça melhor”. (RT CMS)

b) Conceitos da instância municipal

- *Participação social como fiscalização das políticas de saúde*

A participação social foi discutida pelo representante dos profissionais de saúde, como a fiscalização do cumprimento das ações deliberadas pelo CMS, acompanhando também os serviços que estão sendo prestados, fiscalizando e cobrando dos órgãos competentes as

metas que não foram cumpridas. “... a gente ter o poder de fiscalizar, deliberar, vê mesmo, cobrar da prefeitura, cobrar saúde, especialmente da Secretaria de Saúde, coisas que são

programadas e não são colocadas em prática... questionar da prefeitura de buscar soluções e fazer com que ela cumpra o que foi deliberado pelo conselho”, (RT CMS).

- *Participação social como uma visão do bem estar da coletividade*

Para outro representante dos trabalhadores de saúde, do CMS, é ter uma visão ampliada do todo, de todo o processo. É ter a preocupação com o bem estar do coletivo. Não é dizer sim a todas as propostas ou defender apenas os seus próprios interesses, ou interesses do seu segmento, mas observar o interesse de todos. “É você participar, estar inserido no processo, ter conhecimento de todo o processo, você saber o que está fazendo, saber o que representa, saber o que é, no caso aqui do conselho de saúde, ele saber o que é saúde, quais são os anseios da população, acho que a partir disso você traça melhorias de trabalho, certos questionamentos, certas posições que você quer tomar, não somente balançar a cabeça com (sim) ou senão só defender a minha parte dos trabalhadores, isso é uma posição de segmento que você representa, mas que você não pode só olhar para o seu umbigo, você tem que ter a visão mais ampla, macro...” (RT CMS).

- *Participação como integração entre as pessoas*

O representante dos usuários descreve a participação como o inter-relacionamento entre as pessoas. Para o mesmo, a integração é um processo que se origina no lar e se estende fora dele, abrangendo outras pessoas. “A participação social que eu entendo é uma questão que abrange o social, isso começa dentro de casa... é uma integração. É uma integração de pessoas”. (RU CMS)

- *Participação como busca de conhecimento para o desenvolvimento da comunidade*

O representante dos prestadores de serviço de saúde, define a participação social como algumas iniciativas que, de certa forma, viabilizam o crescimento do município, ou seja, as ações contribuem para que a coletividade desenvolva-se e progrida na resolução de suas necessidades. “É aquilo que está errado procura concertar... participando de reunião, de conferências, seminário, então, a gente aprende lá e já sabe que se não tem dentro do município, acatar isso pra dentro do município, para que o município cresça e desenvolva...”, (RPS CMS), para este conselheiro, a participação em conferências e seminários possibilita a renovação de idéias, gerando novas opções para solucionar as falhas existentes no sistema e assim, gerar crescimento do município.

- *Participação como expressar opinião*

Para um dos representantes do governo municipal, a participação social e a forma de expor suas opiniões e não se limitar apenas a ouvir e concordar, mas fazer-se ouvir, e mais além, fazer-se considerado, conquistando a consecução de seus interesses e necessidades do segmento que representa, é “... fazer levar em consideração, ou seja, participação não é balançar a cabeça... é fazer aquela coisa (opinião) ser pactuada e levar elementos do seu interesse, do seu segmento...”

c) Conceitos da instância nacional

- *Participação como votação eleitoral.*

Para o conselheiro nacional de saúde, representante dos profissionais de saúde, a consciência da cidadania e o seu exercício mediante o voto eleitoral, é uma forma apropriada de expressar participação. A escolha de políticos que tenham prioridades voltadas para a saúde é a melhor maneira para interferir na qualidade dos serviços oferecidos “...a forma mais adequada, assim, que podia se resolver é o usuário tomar mais noções de cidadania e

aprender a votar com mais consciência e eleger governantes que vão cumprir as promessas de campanha eleitoral, eleger não só governantes do executivo que estou me referindo, mas

também eleger bons vereadores, eleger deputados estaduais comprometidos com projetos de saúde pública, saneamento, habitação”.

- *Participação como uma contribuição da sociedade, com novas alternativas*

O representante do governo, do CNS, percebe a participação social como o desejo da população em gerar novos meios em criar novas diretrizes para contribuir com o aumento da qualidade de vida para todos. “É a vontade da população em buscar novas alternativas, novos caminhos para que se promova o incremento do bem estar”. (RG CNS)

2. DEFINIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Na formulação do conceito de participação social em saúde (QUADRO II), os conselheiros do CMS e CNS, persistem em utilizar expressões semelhantes àquelas para definir a participação social, relatando as idéias em forma de ações. Observou-se que algumas definições são similares para a participação social e participação social em saúde. Esta última foi preponderantemente conceituada pelos representantes dos usuários e funcionários. Os conselheiros definiram dez conceitos sobre a participação social em saúde, sendo apenas um similar entre as instâncias governamentais, seis foram referidos na instância municipal e três na instância nacional.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
• Como forma de denunciar e reclamar, RG. • Participação social em saúde como uma maneira de reivindicar direitos, RT; • Participação social em saúde como defesa dos interesses da coletividade, RU; • Participação social em saúde como fiscalização, RU; • Participação social em saúde como utilização dos serviços de saúde, RU; • Como construção e troca de idéias, RT.	• Como exercer o poder de reclamar, RG. • Participação social em saúde como diálogo e discussão, para direcionar política de saúde, RPS.

Conceitos semelhantes 

Conceitos diferentes 

a) Conceitos comuns às duas instâncias

- *Participação social em saúde como forma de denunciar e reclamar*

A participação social em saúde entendida como reclamar foi descrita em nível nacional, pelo representante do governo, para ele o ato de reclamar é uma forma de poder, que tem sido comum a todos, ou seja, “... todo mundo anda reclamando, e um bom lugar de exercer esse poder de reclamar é nos conselhos”, (RG CNS). Em nível municipal, o representante dos prestadores de serviço tem opinião similar ao conselheiro do governo (CNS), referiu que a crítica do usuário é importante, uma vez que é o próprio usuário quem vivencia toda a

prática do sistema de saúde, podendo expressar as falhas existentes. “... o usuário é que é importante. Ele sabe que está sendo mal atendido, que fica esperando na fila... as especialidades que não existem dentro da comunidade, podem reclamar”.

b) Conceitos da instância municipal

- *Participação social em saúde como uma maneira de reivindicar direitos*

Para o conselheiro representante do segmento dos trabalhadores de saúde cobrar das autoridades mudanças que visem a melhoria dos serviços de saúde, é uma forma de participação social em saúde, pois “só assim, se eu cobrar das autoridades meus direitos, vou poder fazer que melhore”, (RT CMS).

- *Participação social em saúde como defesa dos interesses da coletividade*

Dois representantes dos usuários, do CMS, expressaram a participação social em saúde como a discussão e defesa dos interesses em comum. Ou seja, “é defender questões relativas a saúde e apresentar propostas de interesse da população”, (RU CMS). Para o outro representante dos usuários, o debate deve ser realizado nas comunidades mais humildes, onde a problemática social predomina mais fortemente. “É discutir propostas de interesse social e da saúde do povo, nas comunidades mais carentes, onde há maior necessidade”, (RU CMS).

- *Participação social em saúde como fiscalização dos serviços de saúde*

O enfoque de fiscalização reaparece na conceituação de participação social nos serviços de saúde. Dois representantes dos usuários entendem que a observação do sistema de saúde em caráter fiscalizatório deve ser primordialmente exercida pelo conselheiro, ainda que auxiliado pelas informações do usuário, que identificam irregularidades que estejam ocorrendo nas unidades de saúde. “Acho que fiscalizar, porque se houver uma coisa errada

eu tenho que saber, e mando as pessoas dizer pra mim, pra que eu leve pra reunião, pra que seja resolvido da melhor forma possível”. “E ele próprio fiscalizar, ver o que está certo e o que está errado lá dentro do serviço de saúde, e falar pra que seja resolvido”.

- *Participação social em saúde como utilização dos serviços de saúde*

Um dos representantes dos usuários define participação como utilizar os serviços de saúde, de forma passiva, usufruir dos serviços disponíveis. Ou seja, o seu entendimento é de que o simples comportamento de utilizar os serviços disponíveis é uma forma de participação social. “Eu acho que o usuário, ele tem que usar mais tudo aquilo que tem dentro dos postos de saúde, dos hospitais”.

- *Como construção e troca de idéias*

Para o representante dos profissionais de saúde, no CMS, participar é elaborar idéias e discuti-las com as pessoas que são responsáveis pelo sistema de saúde. É também indicar as falhas e fazer sugestões a fim de que novas direções possam ser encontradas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. “Eu acho que você construir, dar idéia, discutir sempre com as pessoas que fazem o serviço. Faz sugestão, aponta algum erro e a parte de sentar pra discutir e negociar essas coisas eu acho que se consegue achar algum norte, algum caminho para se melhorar”.

c) Conceitos da instância nacional

- *Participação social em saúde como diálogo e discussão, para direcionar política de saúde*

O representante dos prestadores de serviços compreende que a participação nos serviços de saúde consiste no diálogo entre os diferentes segmentos da sociedade. para ele as discussões não trazem conflitos, ao contrário, pode levar ao senso comum, quanto as decisões políticas

que solucionem os problemas na área da saúde. “Acho que todo segmento envolvido, todo segmento da sociedade, tem que se envolver na questão dos controles sociais... e no meu entender, não traz conflito, acho até que facilite até certo ponto, facilite o diálogo, o entendimento, as discussões... você pode no final das contas, chegar a um consenso, definir uma diretriz política de saúde mais condizente com aquilo que é o acessado pelos segmentos diversos da sociedade”, (RPS).

3. CONHECIMENTO SOBRE AS LEIS QUE GARANTEM AOS USUÁRIOS O DIREITO DE PARTICIPAR NO CONTROLE DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No que se refere ao conhecimento que os conselheiros municipais e nacionais detêm sobre as leis que garantem a participação da sociedade no controle da qualidade dos serviços da saúde, ou seja, a Constituição Federal Brasileira, as leis 8.080/90 e 8.142/90, observou-se que o grau de conhecimento foi heterogêneo entre os segmentos dos conselheiros. Esta heterogeneidade foi encontrada no CMS e CNS revelando assim que em ambas instâncias governamentais os conhecimentos se equivalem. O nível de conhecimento foi agrupado em duas categorias descritas no QUADRO III.

QUADRO III – CONHECIMENTO DAS LEIS QUE GARANTEM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

CONSELHOS MUNICIPAL E NACIONAL DE SAÚDE
• Reconhecem que as leis existem, mas não identificam o número ou não expressam o seu conteúdo, (CMS: RU – CNS: RU e RG). • Identificam as leis e conhecem o seu conteúdo (CMS: RPS, RT, RG – CNS: RT, RPS).

- *Reconhecem que as leis existem, mas não identificam o número ou correlacionam o seu conteúdo com a participação*

Alguns representantes dos CMS e CNS, especialmente os usuários, expressaram menor conhecimento sobre a legislação, apesar de saberem que elas existem, não identificaram seu número ou denominação ou conteúdo, referentes à participação. “É, tem. Não peguei ainda, assim, pra confirmar, não. Mas, pelas reuniões que eu tenho assistido, eu vejo que tem” (RU CMS). “Eu não conheço muito não, sabe?... Mas eu sei que existe a lei”, (RU CMS). “Olha, lei é o que não falta nesse país para garantir direitos...”, (RU CNS).

Um dos representantes do prestador de serviços, em nível municipal, afirma que o cidadão tem direito de reclamar, porém, desconhece quais leis o respalda. “A lei eu não sei ... eu sei que todo cidadão tem direito ao controle de qualidade, tanto na parte da saúde, como na parte de esporte, educação, habitação... todo mundo tem o direito de reclamar”.

O representante do governo do CNS descreve parte do conteúdo da legislação, mas não identifica seu número ou correlaciona o seu conteúdo com a participação. “As leis foram feitas para regulamentar o que a Carta Magna diz, e as normas, os instrumentos de regulamentação e normatização do sistema, ele logicamente tem que evoluir conforme evolui a qualidade e a estrutura do trabalho”.

- *Identificam as leis e correlacionam o seu conteúdo com a participação*

Em ambas instâncias, alguns conselheiros detêm pleno conhecimento sobre as leis, fazem referências às Leis Orgânicas da Saúde e à Constituição, descrevendo a importância das leis, identificando sua numeração e explicando que elas legalizam a participação. O representante do governo no CMS e dos prestadores de serviços no CNS correlacionam as leis com a criação dos conselhos. “Isso (a criação do conselho) é normatizado pela lei 8.142, que é uma lei subjacente a lei 8080, que é quem define a participação popular, inclusive a formação dos conselhos e tudo mais...” (RG CMS). “A questão da instituição

formal dos conselhos veio na lei 8.142”. (RPS CNS). Em nível municipal o representante dos profissionais de saúde identificam que há leis que administram o SUS “Recebemos a lei que rege os SUS, essa 8142”. Em nível nacional este mesmo representante complementa fazendo menção à Constituição e conferências de saúde. “O fundamental é a Constituição Federal, que fala da participação da comunidade, no capítulo da saúde, em seguida vem a lei 8.142, que mais especificamente se refere a participação da criação dos Conselhos, das Conferência Municipal de Saúde, Conferência Estadual e da Conferência Nacional de saúde.”

4. MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quando investigado os conhecimentos dos conselheiros sobre os mecanismos de participação (QUADRO IV), os entrevistados referiram ter ciência sobre os canais participativos. De acordo com os depoimentos, os mecanismos citados foram reunidos em dois grupos: aqueles que podem ser caracterizados como institucionais ou proporcionados pelas próprias instituições governamentais, e os não institucionais, aquele por meio dos quais o usuário pode manifestar-se individualmente ou em grupos por meio de organizações comunitárias. Os dois tipos de mecanismos foram igualmente referidos nas duas esferas do governo. Quanto aos segmentos os mecanismos institucionais foram predominantemente citados pelos representantes dos prestadores e governo os não institucionais pelos usuários e funcionários.

QUADRO IV – MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CONSELHOS MUNICIPAL E NACIONAL DE SAÚDE
• Mecanismos institucionais: conselhos, conferências, conselhos locais de saúde, comissões dos conselhos, conselho de gestores. (CMS: RG, RT, RPS – CNS: RPS, RU, RG). • Mecanismos não institucionais: conselho de moradores, associações e sindicatos, federações, grupos de Diabete Mellitus, e Hipertensão Arterial Sistêmica, abaixo assinado. (CMS: RPS, RU, RT – CNS: RU e RT).

- *Mecanismos institucionais de participação*

Em ambas instâncias, os conselheiros têm bastante informação sobre os mecanismos institucionais, fazendo menção aos conselhos, conferências e conselhos locais de saúde. Os representantes do governo, no CMS, afirmam que “os mecanismos utilizados pra haver alteração, modificação, definição nos serviços de saúde restados, são as conferências. As conferências são o fórum máximo da deliberação da política municipal de saúde”. Ou seja, os mecanismos de participação “são as formas já conhecidas, como os Conselhos locais de saúde, comissões locais de saúde, conselhos de saúde e conferências”. Para o representante do prestador de serviços, também do CMS, “o usuário tem que recorrer ao conselho, este analisa, delibera, a gente manda para o órgão”. O representante dos trabalhadores de saúde, ainda na instância municipal, faz referência aos conselhos gestores: “os conselhos gestores... o CMS é uma coisa bem mais macro...”

Na esfera nacional, o conselheiro representante do governo menciona os conselhos de saúde de cada instância governamental: “no Conselho Nacional de Saúde..., o Conselho Estadual de Saúde..., os Conselhos Municipais”. O representante do prestador de serviços cita o CNS

e descreve acerca de sua participação como conselheiro, “...as melhores maneiras que eu tenho que participar não é somente você uma vez por mês ir lá pra reunião, plenária, e pegar aquele assunto, debates, discutir, votar. Eu acho que tem maneiras melhores de participar do conselho, através das atenções das comissões do conselho”.

Vale salientar que outros mecanismos institucionais, como o disk saúde e a caixa de sugestões não foram mencionados.

- *Mecanismos não institucionais de participação*

Como mecanismos não institucionais, os conselheiros reconhecem as organizações comunitárias como um veículo intermediador, por meio do qual o usuário pode exercer influência nos serviços de saúde, bem como pressionar as instâncias políticas. Os representantes dos usuários e dos funcionários no CMS citam as associações existentes: “uma forma de participar também dos grupos de entidades populares, inclusive dentro de sua própria entidade, dentro das associações, sindicatos, dentro de sua casa, esses são espaços que as pessoas tem pra discutir suas propostas de saúde, e as entidades é um vínculo”, (RU CMS). “eles têm se mobilizado muito, assim, através de entidades, associações”, (RT CMS). “Eu acho que é através de todos: abaixo-assinado, grupos de associações, se reunindo e indo lá na Secretaria de Saúde”. Além destes, o representante do prestador de serviços no CMS cita que “...tem o clube de mulheres, tem o conselho de moradores, então eles se organizam e podem fazer lá suas reivindicações, suas denúncias”.

Na instância nacional, de forma similar à municipal, os representantes dos segmentos dos usuários e funcionários descrevem em maior proporção as formas não institucionais de participação, mencionado também que grupos criados pelas unidades de saúde para tratar doenças como o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são formas de organizar a população para participar. “Bom, a população organiza-se em associações de bairro, associações locais... também alguns grupos que a Unidades de Saúde criam, por exemplo: grupo de DM, grupo de HAS, isso também vai organizando a

população”. (RT CNS). “A participação dos portadores de deficiências mental, que é feita através das instituições que o representam, no caso as federações Pestalozzi, APAE...”, (RU CNS).

5. FACILIDADES E DIFICULDADES PARA O USO DOS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nas duas esferas de governo, os conselheiros apontaram fatores que consideraram como obstaculizantes ou facilitadores para utilização dos mecanismos de participação nas instituições de saúde pelos usuários. Alguns discursos guardavam coerência com o entendimento dos entrevistados sobre a participação social nos serviços de saúde.

5.1. FATORES QUE FACILITAM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os entrevistados descreveram seis fatores que podem contribuir para facilitar a participação, referindo-se especialmente aos aspectos políticos, à existência de mecanismos participativos e também ao incentivo à conscientização da população quanto a cidadania. Dentre os seis fatores descritos, um foi comum às duas instâncias governamentais, dois à instância municipal e três à instância nacional. Considerando os segmentos, os fatores facilitadores foram pronunciadamente mais descritos pelos representantes dos usuários (QUADRO V).

O representante dos funcionários no CNS faz uma colocação um tanto negativista, sua impressão é a de que não há fatores que facilitam a participação do usuário, pelo contrário, parece existir apenas as que dificultam. “Eu não sei se existem fatores que facilitam. A impressão que dá é que existem muitos fatores que dificultam...”.

QUADRO V – FACILIDADES PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
- Existência de organizações comunitárias, (RT). - Existência do Conselho, (RT e RU); - Aspectos políticos, (RG).	- Existência de organizações comunitárias, (RU). - Incentivos à participação popular, (RPS); - Conscientizar a sociedade dos princípios da cidadania, (RG); - Democratização dos serviços de saúde, (RU).

Conceitos semelhantes

Conceitos diferentes

a) Conceitos comuns às duas instâncias

- Existência de organizações comunitárias*

As organizações sociais atuantes na comunidades, como as associações e conselhos de bairro, foram citadas por conselheiros nas duas instâncias governamentais, acreditam que estes locais funcionam como um espaço para reuniões onde se discute, esclarece e se informa sobre as questões de saúde. Para o representante dos funcionários no CMS, deveria haver, nestas organizações, um estímulo aos movimentos populares. “...acho que tem que aproveitar o que já existe, conselho de moradores, associações de moradores, grupos de mães, pastoral da igreja, acho que dar apoio e implementar esses movimentos que já existem”. Completando, o representante dos usuários no CNS afirma que, apesar de

ainda tímidos, os movimentos têm se organizado e tomado forma, que de maior ou menor proporção, pressionam e levam a mudanças de atitudes e nas políticas de saúde. “Sim, eu vejo a facilidade porque embora de forma tímida, os movimentos têm se organizado... de uma forma maior ou menor, dependendo do estado que esse movimento acontece, mas de alguma forma a pressão desses grupos e a pressão dos familiares e a própria mudança das atitudes do processo de se fazer política de saúde...”

b) Conceitos da instância municipal

- *Aspectos políticos que facilitam a participação social em saúde*

Dois conselheiros, representantes do governo no CMS, descreveram alguns fatores políticos como facilitadores para a participação. Para um deles, abertura política proporciona condições para que a população exponha com mais liberdade as suas necessidades, quando não há envolvimento político os canais de participação ficam fechados, dificultando a luta. Ou seja, “se o governo é mais democrático, existe uma tendência, ou não, de você garantir algumas participações. Tem governo que eles fecham a maioria dos canais, e a luta fica mais difícil. Têm governos que abrem os canais e a luta fica fácil, né? Então, eu acho que tem que haver um governo comprometido com a mudança social”. Outro conselheiro compartilha desta opinião, ressaltando que a postura democrática do gestor facilita a contribuição popular por meio da participação. “Eu acho que pode interferir muito nessa qualidade do serviço, especialmente se o gestor também estiver aberto para esse tipo de coisa, se for um gestor democrático, estiver sensível a ouvir e inclusive a mudar algumas estratégias, mudar algumas estruturas que às vezes se acha que está sólida, que é aquele modelo. Então, se ele estiver disposto a mudar eu acho que pode melhorar e muito a contribuição para participação popular... eu acho que antes de tudo, tem que ter um governo democrático, é ter essa decisão política de mudar de acordo com os usuários dizem...”

- *Existência do CMS no município e a atuação do conselheiro como mediador do processo participativo*

Para dois representantes dos usuários a presença do CMS, no município, proporciona facilidades para a participação, uma vez que, além de ser um espaço institucionalizado para o exercício do controle social, seus conselheiros são intermediadores, estes consideram importante o seu trabalho, visto que eles representam os interesses da comunidade quando atuam como facilitadores do processo participativo. “O que facilita, no meu entendimento, é o trabalho que nós temos como representantes da comunidade, isso conta muito dependendo da qualidade do representante da comunidade e do interesse”. Segundo o outro entrevistado, na maioria das vezes, os conselheiros são procurados pelas organizações para receberem as demandas da comunidade. “Os caminhos, assim, que mais facilitam a participação dos usuários no serviço são as informações passadas pelas entidades... porque a maioria das vezes o próprio conselheiro chega com essas queixas que já recebe dos associados”.

c) Conceitos da instância nacional

- *Conscientização da sociedade dos princípios da cidadania*

O representante do governo, em nível nacional, refere que é preciso haver a construção de uma consciência cidadã, e, esta uma vez trabalhada, gera mobilizações na comunidade e no município e influenciam as decisões políticas dos representantes. “Eu acho sinceramente, que essa coisa tem ser construída de baixo para cima... porque a partir de uma mobilização em nível comunitário e em nível municipal, eu acho que isso pressiona modificação na escolha de seus representantes... então, eu acho que é preciso trabalhar muito o conceito de cidadania”.

- *Incentivo à participação popular*

O representante do prestador de serviços, a nível nacional, pondera que estimulando o usuário a expressar os defeitos do sistema de saúde, ou ressaltar o que está funcionando a contento, é uma forma de facilitar a participação. “... é fazer com que o usuário vocalize, para ele apontar defeitos e fazer ser corrigida de outra forma, certo? Conduzir o usuário pra ver o que ele acha. O que ele acha que tem que melhorar, se tem defeito ou não tem, mas se tem qualidade vamos apostar pra melhorar as qualidades, se tiver defeitos, pra corrigir”.

- *Democratização dos serviços de saúde*

O representante dos usuários, do CNS, salienta que a existência da democracia nos serviços de saúde favorece as atitudes participativas por parte da coletividade e/ou do próprio usuário, levando estes a exprimirem as suas necessidades. “Eu acho que através dessa mudança gradativa que tá acontecendo no planejamento das ações governamentais e não governamentais, em que existe a participação do coletivo, existe a participação popular, existe a participação da família do usuário e que ele vai poder dizer aquilo que é bom pra ele. Então, essa, pra mim, é a tônica maior. É a democratização dos serviços”.

5.2. FATORES QUE DIFICULTAM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As barreiras encontradas pelos conselheiros foram relacionadas a aspectos comportamentais ou atitudinais dos usuários; a articulação entre conselho, mídia e sociedade; a fatores políticos e àqueles concernentes a utilização e acesso aos serviços de saúde. Em nível municipal, os entraves para a participação foram expostos predominantemente pelos representantes do governo e funcionários, e em nível nacional pelo representante do governo. Dentre essas dificuldades, duas foram mencionadas por ambas as instâncias municipal e nacional, duas apenas pela municipal e quatro pela nacional (QUADRO VI).

QUADRO VI – FATORES QUE DIFICULTAM A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
• Entraves políticos, (RG); • Relacionados com a utilização dos Serviços de Saúde, (RT). • Atitudinal – desinteresse, timidez, falta de iniciativa, (RU, RT, RPS, RG); • Falta de conscientização política do usuário, (RG).	• Entraves políticos, (RU); • Relacionados com a utilização dos Serviços de Saúde, (RT). • Falta de uma visão holística, (RPS); • Falta de aliança entre o conselho e a população, (RG); • Falta de legitimidade dos representantes nos conselhos, (RG); • Falta de articulação entre a mídia e a sociedade, (RG).

Conceitos semelhantes 

Conceitos diferentes 

a) Conceitos comuns às duas instâncias

- *Dificuldades relacionadas ao aspecto político*

Alguns conselheiros descreveram fatores de natureza política como entraves importantes para a participação. O representante dos usuários no município, refere a centralização das decisões pelo governo como empecilho para que medidas de saúde, compartilhados pela população, sejam implantadas. “Os fatores que dificultam ainda são o centralismo dos governos que se opõem a essas medidas (referentes à saúde), que não quer, como se diz, que o povo tenha na saúde plena...”

As queixas diretas aos gestores políticos ou institucionais, individualmente ou em grupo, foi citada como uma das formas de participação. Neste sentido, o representante dos funcionários em nível municipal, descreve que quando as autoridades, em especial os políticos, não estão disponíveis para ouvir a população ou quando a dificuldade de aproximação com estes detentores do poder de resolução é muito difícil ou trabalhosa, muitas vezes desestimula ou desencoraja a participação do usuário. “Uma boa parte (dos usuários) alega a dificuldade do acesso (aos políticos)... ao prefeito, o secretário de saúde tem um dia na semana onde eles atendem determinado número de pessoas... aí demora... causa pra eles certa ansiedade...”

O representante do governo, em nível municipal, opina que dependendo do comprometimento político, uma maior abertura ao diálogo favorece a participação, bem como, de forma contrária, se os canais à discussão se fecham, ocorre um bloqueio e a participação torna-se difícil. “Têm governos que fecham a maioria dos canais e a luta fica mais difícil, têm governos que abrem os canais e a luta fica mais fácil... acho que tem que haver um governo comprometido com a mudança social...”

Para outro conselheiro representante dos usuários, do CNS, o principal entrave é a vontade política que, segundo ele, nem sempre está voltada para as reais necessidades da população. Como consequência, muitas vezes, os usuários ficam na dependência daqueles que gerenciam as ações de saúde. “Eu acho que o que dificulta, primeiro lugar: vontade política. Eu acho que não existe uma vontade política de se considerar o problema como uma prioridade. Essa é uma grande dificuldade. Segundo lugar: por falta dessa política, as instituições dos usuários ficam muito mais a mercê da boa vontade ou da sensibilidade daqueles que dirigem pra conduzir os programas, que envolvem o atendimento às necessidades”. Complementando este enfoque o representante do governo em nível nacional, também enfatiza a questão dos interesses políticos, que nem sempre estão voltados para as necessidades da população. “Acho que existe uma relação do poder (governo)... tem a questão dos interesses que nem sempre são os mesmos...”

- *Dificuldades relacionadas a utilização e acesso dos serviços de saúde*

Alguns conselheiros na compreensão de que participar é utilizar os serviços de saúde, referiram a existência de obstáculos que, de alguma forma, dificultam ou inviabilizam o uso dos serviços pela população. O representante dos trabalhadores de saúde em nível municipal, refere que as barreiras geográficas dificultam o acesso do usuário às unidades de saúde, “...a gente anda por loteamento, a gente vê as dificuldades, um sobe e desce que estas criaturas passam pra vir pra o hospital central...é uma dificuldade muito grande...”

Um outro aspecto referendado pelo representante dos profissionais de saúde, em nível municipal, é quando o funcionário do serviço de saúde não informa o usuário ou informa incorretamente, gera insatisfação no atendimento e conseqüente desestímulo à utilização dos serviços de saúde, “...eu acho que o usuário chega num posto e muitas vezes encontra informações incorretas, às vezes o próprio servidor não ajuda, não informa, não dá informação, isso retrai ele (o usuário), acha que ele (o servidor de saúde) não quer atender e vai embora”.

Por fim, o representante dos funcionários do CNS reflete que a falta de tempo conseqüente a priorização de certas áreas como sobrevivência, emprego, educação, entre outras, relega o cuidado com a saúde a um segundo plano, dificultando, assim, a participação quanto ao uso dos serviços de saúde “A maioria dos fatores leva a refletir que há muita dificuldade, o usuário tem que se preocupar primeiro com sua sobrevivência, dos seus familiares, com seu emprego, com educação, também com outras questões mais indiretas, como a saúde também é imediata. Então, tudo isso dificulta. Às vezes a pessoa, mesmo adoecida, com medo de perder o emprego ou o vínculo de trabalho, mesmo que precário, vai trabalhar mesmo adoecida”.

b) Conceitos da instância municipal

- *Relacionadas com as atitudes dos usuários*

Opiniões sobre as atitudes do usuário ante a situação dos serviços de saúde foram mencionadas por conselheiros da instância municipal. Alguns entrevistados fizeram alusão a atitude “desinteressada” da população, onde grande parte dos usuários não comparece às reuniões em associações comunitárias, ou exercem a fiscalização sobre os serviços ou mesmo sobre o desempenho dos conselheiros. Este comportamento torna-se um entrave à participação, tendo em vista que o desestímulo leva-o a não ter o interesse em interferir em seu contexto. “Porque a gente (associação) tem reunião... mas o povo não vai participar... nem pra me fiscalizar eles vão fazer parte. Quer dizer, já é uma dificuldade... a falta de interesse é a maior de todas, porque quando a pessoa quer, não tem distância, não tem dificuldade”, (RU). “O próprio desinteresse do povo, ainda é muito amarrado em não participar das coisas... o pessoal não exerce sua cidadania e espera que os outros o façam”, (RT).

O representante municipal, do prestador de serviços, refere que a falta de iniciativa da população em procurar informar-se e crescer no conhecimento de seus direitos, para, então, de posse do seu respaldo legal, procurar agir em busca de soluções, também foi citada como um entrave ao uso dos mecanismos. “O direito do cidadão ainda não é exercitado na sua plenitude. A comunidade precisa crescer, reclamar, mas não procura se atualizar, estudar, se informar com pessoas que poderiam esclarecer”. Ainda nesta temática, o representante dos usuários ressalta que uma atitude “tímida” em exercer a cidadania é um outro entrave para a participação. “... dificulta na participação maciça, porque tá na democracia de exigir seus direitos, mas aí eles ficam, assim, tímidos”.

- *Falta de conscientização política dos usuários*

Para o representante do governo, na esfera municipal, o pouco conhecimento sobre a democracia é um dos entraves encontrados para a prática participativa. Este fato pode ser explicado historicamente, uma vez que o usuário não foi preparado ao longo dos anos para exercer sua cidadania, sendo esta conquistada gradativamente. “...a dificuldade se dá pela pouca prática histórica do Brasil em trabalhar com estas questões. A gente não está familiarizado com a democracia, e ela não é dada, é conquistada, então, nesse processo de conquista é difícil, tem entraves... é um processo lento, vagarosíssimo”.

c) Conceitos da instância nacional

- *Falta de uma visão holística*

O representante do prestador de serviços, no CNS, pondera que um conhecimento estrito a área de saúde e restrito a apenas uma das instâncias governamentais, pode dificultar a compreensão dos problemas. Assim, é relevante um conhecimento mais abrangente no que diz respeito às diferentes áreas e esferas de governo. “Uma coisa que pode dificultar, vamos dizer, é o efetivo preparo de conhecimento da área de saúde como um todo, daquilo que você quer não só a nível nacional... eu acho que quando o indivíduo vai pro conselho, principalmente o CNS, ele tem que buscar, se inteirar de todos os problemas, não só da área dele, ter esse conhecimento geral é de fundamental importância”.

- *Falta de aliança entre conselhos e população*

Para o conselheiro representante do governo, o que dificulta é a falta de articulação entre o conselho e a população. Além disto, faz-se necessário que o usuário seja melhor instruído quanto aos princípios de cidadania para os resultados da interação entre ele e o conselho possa ser efetivo sobre a qualidade de vida. “... como os conselho ainda não é o que a gente gostaria que fosse, justamente porque a gente não conseguiu trabalhar com o cidadão

comum, lá na base... as dificuldades que a gente enfrenta é pra poder fazer uma aliança... uma aliança com a sociedade pra gente melhorar a qualidade de vida do país...”

- *Falta de legitimidade dos representantes*

O representante do governo também coloca que a inexistência ou a reduzida presença, em nível municipal, de conselheiros que legitimamente representem a população em seus respectivos fóruns de atuação, é um fator que dificulta a participação. “O CNS é o reflexo da falta, a nível municipal, e a legitimidade de representantes do povo em fórum de deliberação...”

- *Falta de articulação entre a mídia e a sociedade*

Ainda foi referido pelo representante do governo, que a mídia tem um papel relevante perante a sociedade enquanto veiculador de informação. Este aparelho pode ser mais bem explorado para distribuir conhecimento e formar opiniões. “... eu acho que uma outra coisa, é o trabalho com a mídia, eu acho que a mídia, hoje, é o melhor aparelho formador que a humanidade tem é a mídia, e que a sociedade deve trabalhar com a mídia... a mídia levar conhecimento, a mídia de como se proceder em relação a essas coisa...”

6. PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS SOBRE A VISÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE QUANTO À PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS

Os conselheiros emitiram opiniões sobre o que pensa o trabalhador de saúde no que se refere a participação do usuário para a melhoria dos serviços de saúde (QUADRO VII). A maior parte dos seus relatos transmitiu diferentes versões sobre a atitude do usuário ante os problemas encontrados nos serviços de saúde. Observou-se que a instância municipal

descreveu um número maior de opiniões, predominando, em ambas as instâncias, os relatos dos representantes dos funcionários e usuários.

**TABELA VII – PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE A RESPEITO DA
VISÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE QUANTO À
PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
• Trabalhadores de saúde que não aceitam a participação dos usuários, (RU). • Trabalhadores de saúde relatam que há usuários que conhecem seus direitos e deveres e outros que desconhecem (RT e RPS); • Trabalhadores de saúde que consideram a participação do usuário importante para a definição e consecução das políticas de saúde, (RG); • Trabalhadores de saúde que valorizam a participação dos usuários e aqueles que não valorizam, influenciados pelo seu nível sócio- econômico diferenciado, (RU); • Trabalhadores de saúde que aceitam ou não a participação dos usuários influenciados pela metodologia do seu trabalho, (RU).	• Trabalhadores de saúde que não aceitam a participação dos usuários, (RU). • Trabalhadores de saúde que obstaculizam a participação dos usuários, (RT); • Trabalhadores de saúde que vêem a participação dos usuários com indiferença, (RU).

Conceitos semelhantes 

Conceitos diferentes 

a) Conceitos comuns às duas instâncias

- *Trabalhadores de saúde que não aceitam a participação dos usuários*

Os representantes dos usuários na esfera municipal e o representante do prestador de serviços nacional referem que os trabalhadores da saúde não aceitam bem a participação dos usuários, alguns acham que eles “estão cheios de direitos” e respondem mal às queixas e reclamações que são feitas. “...não recebem bem, não sei porque, ...não trata bem de jeito nenhum, acha que o usuário tá cheio de direito... aí responde grosseiramente (RU CMS). “Nem sempre com bons olhos, o usuário, como fala aqui, tem que participar do controle social, ele se julga no direito de entrar dentro de um hospital privado e querer, vamos dizer, numa empresa privada, ‘quem manda aqui sou eu’...”, (RPS CNS).

b) Conceitos da instância municipal

- *Trabalhadores de saúde relatam que há usuários que conhecem seus direitos e deveres e outros que desconhecem*

O representante do segmento dos trabalhadores de saúde descreve que, em sua opinião, há usuários que estão conscientizados e sabem como fazer suas reivindicações nos serviços. No entanto, outros usuários, sem conhecimento, ou com a compreensão distorcida, não têm, ainda, o entendimento do que podem exigir, reivindicando, algumas vezes, o não lhes cabe. “A gente lida com usuários de todos os tipos. Existem pessoas que têm essa consciência, da sua importância de buscar os serviços. Mas, tem usuário que, às vezes, cria um certo atrito com ele (com o trabalhador de saúde). A falta de conhecimento ou até por inocência, não entende essas coisas, são esses que fazem as maiores queixas. Hoje em dia, a maioria tá tendo uma conscientização muito grande dos seus direitos, então, ele acha que tem ser feito do jeito que ele quer. Quando a gente coloca os lugares, aí... sai de baixo!”.

Outro conselheiro, representante do prestador de serviços, tem uma visão acerca da participação do usuário, que guarda certa concordância como relato anterior. Segundo o mesmo, as críticas e sugestões, quando bem elaboradas e fundamentadas, são importantes para que se busque a melhora na qualidade dos serviços de saúde. “É, em termos, porque têm pessoas que sabe colocar sem agressão, é maravilhoso. Mas, quando vem de uma maneira ostensiva, agressiva com todo mundo, de uma maneira errada, aí passa a ser um negócio desagradável. Mas é importante”.

- *Trabalhadores de saúde que consideram a participação dos usuários importante para a definição e consecução das políticas de saúde*

O conselheiro, representante do segmento do governo, descreve sua percepção quanto a compreensão dos gestores e trabalhadores de saúde acerca da participação dos usuários. Segundo ele, os trabalhadores de saúde ressaltam a importância da ação participativa dos usuários, bem como dos gestores, onde estes últimos estão passando a compreender que quando os usuários participam das discussões e definições das políticas de saúde, opinando de acordo com suas necessidades, a possibilidade de êxito das decisões tomadas é maior, pois encontraram maior recepção e adesão por parte da população, caso contrário, torna-se mais difícil de executar o que foi planejado. “Eu sempre escuto, na maioria dos postos onde eu ando, as pessoas, profissionais de saúde, se referindo a participação como muito importante, fundamental... eu acho que, de qualquer forma, existe uma tendência geral de todos os gestores de buscar, de entender que é importante a participação da população na discussão, nas definições políticas, porque não se consolida se não houver adesão das pessoas àquela coisa que você tá propondo”.

- *Trabalhadores de saúde que entendem que o usuário não tem o direito de reclamar*

Para um conselheiro representante dos usuários, os trabalhadores de saúde ainda não estão conscientes de que os serviços de saúde existem para atender os usuários e que estes têm todo o direito de opinar. Assim sendo, estes trabalhadores entendem que os usuários não

podem reclamar ou reivindicar quando se sentirem prejudicados pelos sistemas de saúde. “Acham que eles (os usuários) não têm o direito de reclamar. Eles têm que aceitar qualquer tipo de saúde, sem reclamar nada, sem dar opinião. Em geral é assim. Acho que o doente é o fator principal pra existir a ação de saúde, pra existir a instituição de saúde”.

- *Trabalhadores de saúde que valorizam a participação dos usuários e aqueles que não valorizam, influenciados pelo seu nível sócio-econômico diferenciado*

Outro conselheiro representante dos usuários percebe que alguns trabalhadores de saúde acham muito bom que o usuário esteja presente e opine nos serviços, no entanto, outros profissionais, geralmente de nível sócio-econômico mais elevado, não identificam-se com os problemas dos usuários, não recebendo, por tanto, as queixas com a devida compreensão. “Tanto a médica, como a enfermeira de lá dão o maior ponto...acham maravilhoso porque acha importante a gente estar lá... têm locais que as médicas não gostam, nem os ACS (agente comunitário de saúde) e nem as enfermeiras , principalmente quando vem dizer o que está errado... quando são aquele de estudo, têm uma vida mais elevada, porque têm pessoas que não gostam de se misturar com os pobres”.

- *Trabalhadores de saúde que aceitam ou não a participação dos usuários, influenciados pela metodologia do seu trabalho*

No entender do conselheiro representante dos usuários, a forma pela qual o trabalhador de saúde presta os seus serviços influencia diretamente na maneira dele perceber a participação do usuário. Para ele, quando o profissional de saúde trabalha em um sistema no qual ele mantém maior contato com o usuário e sua família, ele passa a entender e ouvir melhor as queixas, por outro lado, quando o trabalho é desenvolvido numa estrutura mais formal de prestação de serviços, as barreiras para comunicação entre os usuários e os profissionais e/ou gerente de saúde são maiores, dificultando também a compreensão e aceitação das queixas e sugestões. “... onde existe mais essa parte de ouvir, mais de discutir é na saúde da família, porque é uma metodologia bem diferente. Dos centros de saúde é

mais difícil... é mais complicado porque é uma estrutura muito fechada... não é possível que se mude esse panorama, mas que é mais difícil porque é uma estrutura muito cristalizada”.

c) Conceitos da instância nacional

- *Trabalhadores de saúde que obstaculizam a participação dos usuários*

O representante dos trabalhadores de saúde tem o entendimento de que existem profissionais de saúde que colocam resistência à participação dos usuários. Uma boa parte desses profissionais opõem-se a democratização dos serviços de forma radical, o que cria forte barreira ao diálogo e discussão. “Existem muitas resistências de profissionais de saúde, quando o grau de participação dos usuários nas unidades de saúde aumenta, aí existe essa resistência que o profissional de saúde começa a estabelecer disputas com essa participação do usuário, dificultando também a participação. Agora, isso não é uma que pode ser generalizada, mas uma boa parte dos profissionais têm resistência a isto... mas , sem dúvida, uma boa parcela dos profissionais, inclusive da categoria médica, tem essa resistência a democratização do local do trabalho, radicalizar a democracia na unidade de saúde básica, nos postos de atendimento médico de uma forma geral”.

- *Trabalhadores da saúde que vêem a participação do usuário com indiferença*

Para o conselheiro representante dos usuários, o comportamento de alguns profissionais de saúde ante a participação dos usuários é de manter-se alheio aos problemas, ignorando-o. “Eu acho que ele fica, às vezes, ele simplesmente ignora e continua na sua postura de simplesmente ser um profissional da área, esse não é um problema meu, eu não sou culpada, portanto, não sou responsável”.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

Na discussão dos relatos dos entrevistados, a abordagem dos conceitos será feita ressaltando-se os pontos convergentes, divergentes ou diferentes entre as esferas de governo, municipal e nacional, bem como alguma influência que os segmentos que os conselheiros representam possam ter sobre suas impressões. Pretende-se discutir as idéias e percepções dos entrevistados salientando-se aspectos interessantes ao processo participativo e fazer algumas analogias com estudos que discutam temas semelhantes.

Vale salientar desde já que, apesar do tema participação social dispor de uma literatura relativamente rica, os pontos especificamente realçados neste estudo nem sempre encontraram respaldos bibliográficos correlatos. Outra limitação encontrada foi o fato do banco de dados utilizado não dispor de informações completas acerca da escolaridade dos conselheiros, dificultando a sua correlação e algumas das respostas dadas pelos entrevistados.

Observou-se que a elaboração dos conceitos pelos conselheiros de saúde foi influenciada pelo contexto sócio-cultural, pelo segmento que eles representam no Conselho, bem como pela instância governamental a que pertencem. Esta prerrogativa também foi considerada por Pedrosa (1997) ao realizar uma oficina para conselheiros do Piauí sobre a construção do significado de controle social. Assim sendo, algumas considerações podem ser feitas e servem como base para o desenvolvimento da análise do conteúdo, bem como as considerações seguintes, conduzindo a um melhor entendimento do significado dos discursos.

Inicialmente atentou-se que ao fazerem suas colocações os entrevistados, de um modo geral, levaram em consideração seu papel de conselheiro e exprimiram opiniões revestidas de compromisso e preocupação com o interesse da coletividade, buscando intervir de alguma forma para que as melhorias nos serviços de saúde aconteçam. No entanto, tal preocupação

parece ser mais evidente entre os conselheiros da instância municipal que da nacional. Possivelmente isto se deva ao fato de que naquela instância governamental os conselheiros, por estarem mais próximos à população, observam ou até mesmo vivenciam seus problemas mais de perto.

Em outras exposições observou-se que o segmento a que pertence o conselheiro direciona sua percepção, onde em alguns momentos os representantes dos usuários e funcionários pensavam e se expressavam como usuários e não apenas como conselheiros. Este misto de identificações se explica quando se atenta que os conselheiros representantes dos usuários e funcionários são ambos usuários e, muitas vezes, do mesmo serviço.

Ponderou-se também que se em qualquer das instâncias governamentais o conselheiro possuía uma maior bagagem sócio-cultural, ele tinha maior facilidade em construir seus discursos expressando mais claramente suas opiniões. E, ainda, pode-se acrescentar que em alguns conceitos os conselheiros da instância nacional expressaram olhar gerencial sobre as circunstâncias que permeiam o processo participativo bem como foram mais abrangentes em suas respostas. Certamente a esfera governamental que representam favoreça esta postura. Na instância municipal a percepção acerca dos aspectos que envolvem a participação é mais localizada e pontual, visão pertinente a uma maior proximidade com a realidade. Estes pontos servem como base para o desenvolvimento da análise do conteúdo e agem como um facilitador na interpretação dos conceitos elaborados pelos mesmos.

- **Participação e seus diferentes entendimentos**

Considerando que os conceitos de participação social e participação social em saúde foram descritos de forma similar, muitas vezes interpondo-se ou correlacionando as idéias, será feita uma abordagem única sobre estes conceitos. Verificou-se que houve um maior número de relatos por parte dos representantes dos usuários e trabalhadores da saúde, tanto na instância municipal quanto na nacional, parecendo indicar que estes segmentos têm maior contato com o tema. Uma possível explicação seria a de que a maior parte dos

representantes dos usuários é líder comunitário envolvidos, pela natureza do segmento representado, com as questões participativas, bem como os trabalhadores de saúde que por sua vez estão presentes em momentos reivindicativos nos serviços de saúde ou também lideram algum tipo de organização como sindicatos ou associações. Também observou-se que a instância municipal pronunciou-se um maior número de vezes, provavelmente pelo que já foi acima exposto bem como pelo fato desta esfera governamental estar mais próxima da população e vivenciarem o processo mais de perto.

O conceito de participação foi estruturado por diferentes idéias que o formata como um processo dinâmico composto por diversas ações que convergem, quase sempre, para gerar mudanças visando o bem comum. Pelo fato de alguns enfoques mostrarem discursos aproximados, estes foram agrupados para melhor serem discutidos. Desta forma, sete enfoques principais formam o conceito dos conselheiros acerca da participação social e da participação social em saúde:

- Participação como um direito
- Participação como busca de melhorias para o bem comum de forma coletiva e organizada.
- Participação como fiscalização dos serviços e das políticas de saúde
- Participação como uma integração entre as pessoas
- Participação como expressar sua opinião mediante denúncia e o voto eleitoral
- Participação como troca de idéias para construir e direcionar políticas de saúde
- Participação como utilização dos serviços de saúde.

Esta variedade de idéias, expressa na sua maioria em forma de ações, pode ser encontrada na definição de participação de Valla e Stotz (1993) onde, dentre outras, refere que “a participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.)”

A participação foi conceituada como direito por alguns dos entrevistado nas duas instâncias governamentais e entre os diferentes segmentos. Era esperado que esta definição fosse mencionada pelos entrevistados considerando que o conselho por si próprio é a concretização do direito ao controle social, uma vez que foi o espaço institucionalizado para tal fim. A consciência dos direitos parece bem definida na fala dos conselheiros, sendo descrita de forma mais ampla e abrangente pelo conselheiro representante dos usuários em nível nacional. Segundo Bosi e Affonso (1998), no processo de construção dos direitos em saúde dois aspectos são considerados: a formação de uma consciência sanitária, ou seja, a compreensão de que a saúde é um direito da pessoa, e, a participação popular, o mecanismo fundamental para alcançá-lo.

Em suas opiniões os entrevistados demonstraram ter não apenas a noção de direito mas também entendem que a saúde é um direito social e que a participação é imprescindível para sua obtenção. Neste sentido Dallari e cols (1996), estudando a conceituação do direito à saúde por membros do CMS de São Paulo, encontra enfoque semelhante no qual a saúde é vista como um direito ligado ao bem-estar social. Pedrosa (1997), estudando a construção do significado de controle social com conselheiros de saúde do Piauí, encontra entre outras definições, que o controle social é “a ação que transforma necessidades em direitos, que passam a se expressar de forma a ter resposta adequada.” Os referidos estudos ressaltando temas como direito, saúde e controle social, compartilham semelhanças com este, na medida em que convergem no sentido de que saúde é uma necessidade, e, portanto, um direito, que para ter resposta adequada se uso de um outro direito que é o de participar no controle social dos serviços oferecidos.

A participação social como a busca de melhorias para o bem comum de forma coletiva e organizada foi o conceito predominantemente referido pelos entrevistados. Uma possibilidade para tal evidência seria o fato dele expressar a idéia de que existem necessidades que precisam ser supridas, que estas necessidades são coletivas e que a sociedade organizada parece ser a melhor forma de obter resultados efetivos. Este conceito foi mais freqüentemente mencionado pelos conselheiros da instância municipal. Como já

mencionado anteriormente, estes por se encontrarem em contato direto com a população vivenciam suas ansiedades e também sua busca por soluções com maior proximidade.

Dentre os segmentos, observou-se que os representantes dos trabalhadores de saúde, em ambas esferas de governo, ressaltaram esta conceituação, certamente influenciados pelas posições de liderança que costumam ocupar em suas associações, bem como pela experiência de movimentos organizados no próprio sistema de saúde; estão, portanto, familiarizados com as idéias de luta, busca, conquista, grupo e organização.

Avaliando os vários relatos, observa-se que este conceito encerra três idéias principais que se complementam e dão forma a definição. A primeira, é a necessidade em comum, não apenas na área de saúde, mas em outras várias que compõem uma vida com qualidade. Uma segunda idéia exprime que a provisão destas necessidades não será na forma de dádivas, ela será procurada, buscada e conquistada. Um dos depoimentos faz menção ao papel do conselheiro enquanto representante deste fórum de controle social, que busque conhecer os anseios da população e de sua responsabilidade em lutar pelas melhorias não apenas requisitadas pelo segmento que representa mas do consenso de todos os outros.

Complementando, outro conselheiro refere a importância de adquirir conhecimentos e trazê-los para dentro de seu município a fim de estimular o crescimento deste pela renovação de idéias e soluções. Esta movimentação de externar idéias, de buscar de alguma forma soluções, leva ao aprendizado da política que é o caminho para a obtenção de seus direitos. Neste sentido, Dallari e cols (1996) refere que “as demandas populares por infra-estrutura e por serviços de saúde, incluindo-se aí o acesso aos serviços, acabam ‘politizando’ os atores sociais, levando-os à conquista de direitos e ao desenvolvimento de ações relacionadas à cidadania”.

A terceira idéia, vinculada às duas primeiras, diz respeito a noção de coletividade e organização. Segundo Jacobi (2002^b) “Os movimentos organizados da sociedade civil ampliam os canais de representatividade dos setores organizados para tuarem junto aos

órgãos públicos mostrando a potencialidade de construção de sujeitos sociais identificados por objetivos comuns”. As falas dos conselheiros estão revestidas da idéia de uma coletividade que discuta a realidade e os interesses em comum e que de maneira organizada exerça força de pressão sobre as autoridades competentes.

Diante do exposto parece claro que o conceito de participação funde-se ao de controle social o qual é definido por Rodrigues et al (2000) como o “controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e dever ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o estado democrático.” Neste momento, ressalte-se a importância das organizações comunitárias como espaço disponível para o aprendizado e efetivação da prática participativa.

A participação definida como fiscalização foi referida apenas na instância municipal. Esperava-se que a fiscalização como uma forma de participação estivesse presente no entender dos conselheiros das duas instâncias governamentais uma vez que a atividade de fiscalização é inerente ao controle social e o conselho é o órgão institucionalizado para tal fim. Possivelmente este fato encontre respaldo quando se observa que a fiscalização é uma atribuição que pesa com mais força sobre os ombros do município. Mais uma vez a proximidade com a população e com os serviços de saúde conduz a necessidade deste conselheiro estar mais atento e presente quanto a execução dos Planos Municipais de Saúde, prestação dos serviços e também do acompanhamento do orçamento. Na esfera nacional possivelmente predominam ações de caráter mais gerencial que de controle, bem como as ações fiscalizatórias não têm a mesma conotação nem as cobranças que são inerentes a esfera municipal.

Outro ponto a ser ressaltado é o fato de que a participação como uma ação fiscalizatória foi referida apenas por representantes do segmento dos usuários e dos profissionais de saúde, possivelmente inferências referidas anteriormente aqui se apliquem, ou seja, estes

conselheiros estão mais próximos dos serviços, e, portanto pela própria vivência eles tenham maior contato com a necessidade de fiscalizar.

Por fim, observou-se que o representante dos funcionários salientou a fiscalização das deliberações e programações do conselho em diferentes fóruns governamentais, refletindo uma visão mais abrangente da ação fiscalizatória. Os representantes dos usuários, por sua vez, fizeram menção de controles mais pontuais e restritos aos serviços de saúde, ora ressaltando a ação do conselho e ora a do próprio usuário como fiscalizadores.

Verificou-se que quando o entendimento sobre participação é expresso por meio da atitude de fiscalizar, o conselheiro percebe que a mesma pode ser exercida tanto pelo conselheiro como pelo usuário. Quanto aos conselheiros a fiscalização é uma condição “sine qua non” ao seu cargo seja na observância do cumprimento das deliberações do conselho, da execução do plano municipal de saúde ou de como os serviços estão sendo prestados. De igual forma, quando os usuários fiscalizam estão exercendo um papel inerente ao cidadão que, enquanto usuários dos serviços de saúde, estão em condições de identificar falhas e sugerir soluções seja procurando as instituições seja conduzindo as demandas aos conselheiros para que tomem as providências possíveis.

Neste enfoque de fiscalização, emergiu entre os conselheiros a compreensão de que participar fiscalizando é uma forma de “poder”, o poder de fazer cumprir. Cortazzo (1999) analisando a participação popular na Argentina, cita a visão das ONGs na qual eles opinam que a participação “outorga possibilidades de estender el poder a los grupos excluídos y darles cierto control sobre las decisiones que los afectan”. De modo concordante, Westphal (2002) afirma que, entre tantos a “Participação é outra forma de poder”. Neste estudo observou-se que a consciência da participação como uma forma de poder existe, e, na visão dos entrevistados ele é exercido predominantemente pelos próprios conselheiros. Os entrevistados entendem que são detentores de uma determinada forma de poder, no caso o de “fazer cumprir” por meio de um controle fiscalizatório e com esta atitude gerar mudanças positivas.

De forma mais discreta apareceu também a **participação como integração entre as pessoas**. Este entendimento foi descrito apenas por um conselheiro representante dos usuários na esfera municipal. Para este conselheiro a interrelação entre as pessoas é o início do processo, à partir do convívio social mais elementar que é a família, progredindo até abranger outros círculos sociais. Rosseau (1983), comentando acerca da integração no processo participativo salienta três pontos: *“a participação aumenta o valor da liberdade para o indivíduo, capacitando-o a ser o seu próprio senhor. Segundo, permite que as decisões coletivas sejam aceitas pelo indivíduo. E por último, a integração fornece a sensação de que cada cidadão isolado pertence a sua comunidade”*. Assim, cada cidadão apesar de sua individualidade e interesses pessoais, compartilham, por meio da integração em diferentes âmbitos sociais, da vontade geral.

A participação definida como expressar opinião manifestou-se nas duas instâncias governamentais. Quando se observa os segmentos, apenas os representantes dos usuários não externaram este entendimento. A expressão de suas opiniões e/ou vontades mediante o voto eleitoral foi referida pelo representante dos trabalhadores de saúde em nível nacional. Este entrevistado parece ter uma visão mais ampla e globalizada quando descreve a importância das noções de cidadania, as quais levam o indivíduo, entre outras coisas, a aprender a votar. Ele ressalta que por meio do voto o indivíduo pode eleger representantes, em diferentes fóruns de poder- legislativo e executivo- que estejam comprometidos e sensibilizados com suas necessidades. Dallari e cols (1996) estudando o direito à saúde na visão do Conselho Municipal de São Paulo, complementa que é mediante o voto que o político se compromete com as reivindicações da população “Os votos dos eleitores são considerados por alguns representantes como argumentos para convencer políticos sobre suas reivindicações”.

A participação descrita como externar opinião reclamando ou discutindo suas prioridades também foi externada por representantes do governo e prestadores de serviço em nível municipal. O primeiro fez referências a que no conselho os representantes do diferentes segmentos devem externar sua opinião e fazer não apenas que seja ouvida mas também que

seja levada a efeito. O segundo fez menção ao ato de reclamar do usuário que pode ser expresso de forma coletiva ou individual salientando que o usuário por utilizar os serviços e conhecer suas deficiências podem reclamar. Neste sentido, Wendhausen e Caponi (2002), comenta que “é preciso retomar e atentar para a importância da participação em todos os níveis do sistema de saúde, não somente em nível coletivo e em instâncias representativas, mas de forma mais direta nos serviços e nas comunidades”.

A participação interpretada como troca de idéias que constroem e que direcionam políticas de saúde são opiniões que se complementam e foram relatadas por dois conselheiros em instâncias governamentais diferentes. A idéia do representante do profissionais de saúde em nível municipal descreve a importância da troca de conhecimentos, informações e necessidades que quando discutidas e negociadas entre aqueles que fazem o sistema de saúde levam a construção de caminhos que conduzem a soluções e melhorias dos serviços. Entende-se que a idéia do diálogo, entre dois, três ou vários indivíduos é sempre o ponto de partida para se encontrar soluções para os diferentes conflitos.

Esta concepção de participação foi ampliada pelo representante dos prestadores em nível nacional, quando afirma que os diferentes segmentos da sociedade civil devem envolver-se no diálogo, no controle social e até mesmo definir políticas de saúde de forma consensual, atendendo aos segmentos envolvidos. Em sua fala ele acrescenta ainda outras idéias que conduzem a inferir sobre o conceito da co-responsabilidade e gerenciamento dos serviços pela população. Possivelmente esta forma de conceituar a participação enfocando a importância do diálogo, da troca mútua de idéias como uma base até chegar a influência sobre as políticas governamentais, esteja atrelada ao nível sócio-cultural diferenciado dos referidos conselheiros.

Nesta compreensão, Celedón e Noé (2000) definindo participação como controle social declara a necessidade de haver mecanismos que favoreçam o controle da sociedade desde a definição das políticas e regulação, asseguramento ou compra de bens e serviços de saúde e

produção dos serviços de saúde. Valla e Stotz (1989) citados por Westphal e Bógus (2002) opinando sobre a participação popular, definiu como “A participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências, ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas públicas nas áreas sociais.” Os referidos autores compartilham com os conselheiros a idéia de que os segmentos da sociedade organizada e institucionalizada proporciona a que a população se torne co-responsável pelas políticas de saúde e gerenciamento dos serviços.

Os conceitos até então descritos, mostram que para os conselheiros a participação é vista como um processo ativo, que por meio de ações conduzem a alguma interferência em circunstâncias adversas. No entanto, dentre estes, surge, de modo discreto, referida por um dos entrevistados na instância municipal, **a participação entendida como “usar ou usufruir” dos serviços de saúde interpretada como uma forma “passiva” de participar.** Este conselheiro é representante do segmento dos usuários e certamente o fato de ser um consumidor dos serviços de saúde pode ter levado a esta interpretação. Outra explicação para esta conceituação seria a limitada bagagem sócio-cultural o que conduziria a este entendimento mais restrito sobre a participação.

Este modo de visualizar a participação encontra pontos semelhantes na literatura. A participação em seu significado “passivo” também foi analisada por Leon (1998) que estudando o contexto político da participação comunitária na América Latina, encontrou quatro modalidades de participação sendo uma delas a “Participação como facilitadora da ação médica”. Neste enfoque, a participação é vista como “la aceptación de la población de las recomendaciones o acciones médicas”, ou seja, a participação passiva é uma forma de cooperação para as ações de saúde, em especial as de prevenção.

De igual forma, Cortazzo e Cuenca (1999), analisando a participação popular na Argentina chamou a participação passiva de “simples absorción de servicios ofrecidos ya sea via consumo de los mismo o por la recepción de actividades educativas realcionadas.” Segundo Pessoto, Nascimento e Hermann (2001), “o contato do cidadão com o Estado dá-se nos

serviços da administração, e atitude desse cidadão ante o Estado é de quem recebe um benefício, e, portanto, não precisamente de participação política. É de quem espera receber assistência, sem querer impor decisões”. Este sentimento de apenas receber a assistência, sem nada reclamar, opinar ou decidir possivelmente pode ter levado a esta forma de entendimento.

Em uma breve revisão, acerca das diferentes formas de entender a participação cidadina em saúde, Celedón e Noé (2000), cita que uma delas é a participação como beneficiário, ou seja, é também uma forma de participação passiva vista pela ótica do governo, onde segundo ele “tem sido a forma mais rudimentar de interpretar a participação por parte dos organismos governamentais responsáveis pela saúde nos distintos países, considera as pessoas como simples receptoras ou beneficiárias da atenção de saúde”.

No sentido de uso dos serviços, como referem os autores supracitados, a participação não tem uma conotação de direito, sociedade organizada ou mesmo de co-responsabilidade nas decisões e gerenciamento das ações do Estado. Neste caso, a idéia explícita, compartilhada também pelo conselheiro, é a de usar os serviços, o que ocorre é uma atitude passiva de absorver o que lhe é oferecido. Esta concepção é considerada uma forma de entender a participação. No entanto, pouco pode contribuir para o processo de transformação social.

- **Leis que garantem o direito a participação no controle dos serviços de saúde – o que conhecem os conselheiros?**

Quanto ao conhecimento dos conselheiros acerca das leis que legalizam o direito à participação do usuário nos serviços de saúde, observou-se que o grau de conhecimento variou entre as instâncias governamentais bem como entre os segmentos, ou seja, alguns conselheiros detêm pleno conhecimento acerca da legislatura e outros bastante limitado. Este achado causou certa surpresa visto que, pela natureza do cargo que ocupam, esperava-se que os conselheiros, na sua grande maioria, guardassem uma bagagem segura de conhecimentos sobre o referido assunto. Sabe-se que o conselho é o espaço institucional

criado especificamente para fomentar a cidadania por meio da efetivação do controle social. Neste âmbito são discutidas diversas leis, inclusive as que regem e operacionalizam o SUS, bem como as que respaldam a participação social. Além disto, há referências de que alguns conselhos oferecem cursos de capacitação para os conselheiros, (Westphal e Bógus 2002) .

Pelos fatores expostos, o déficit de conhecimento era pouco esperado em nível municipal e até mesmo na instância Nacional, onde pela natureza de uma esfera em nível mais elevado e central esperava-se um bom grau de conhecimento e de forma homogenia entre os segmentos. O nível de conhecimento sócio-cultural dos entrevistados não parece ter influenciado suas respostas. Na instância municipal os representantes do governo e dos trabalhadores da saúde, com melhor nível de escolaridade, e na nacional os representantes dos prestadores de serviços, também com grau de escolaridade diferenciado, e dos trabalhadores de saúde, de formação escolar limitada, responderam de forma mais completa acerca das leis.

De forma similar, o representante dos usuários na instância municipal, com menor grau de escolaridade, bem como os representantes do governo e prestadores de serviços no CNS, com nível escolar diferenciado, também expuseram noções pouco satisfatórias sobre o assunto. O que parece ter, de fato, influenciado o nível de conhecimento dos conselheiros sobre a legislatura é a vivência de cidadania e/ou o grau de compromisso pessoal que cada um tem para com o segmento que representa.

Quanto a este achado, Cortês (2001) refere que o pouco conhecimento acerca da legislação, de um modo geral, e mais especificamente das leis que normatizam o SUS e a participação social, atingem os diferentes segmentos da sociedade, inclusive os conselheiros, “A legislação que normatiza a realidade dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, permanecem largamente desconhecida pela população em geral e, mesmo, por muitos trabalhadores e profissionais de saúde e conselheiros”.

Na verdade o conhecimento acerca da legislação que acoberta os direitos à saúde está na dependência da construção de uma “consciência sanitária”. Uma vez formada esta consciência, ela passa a ser retro-alimentada, ou seja, à partir do momento que o indivíduo se conscientiza de seus direitos ele participa e quanto mais ele participa a conscientização evolui. É fato que este feed-back de conhecimentos, a tomada de consciência e atitudes, dever envolver a população de um modo geral, e que isto é um processo lento. No entanto, no caso dos conselheiros pelo fato de lidarem, e, até de certa forma, liderarem o processo participativo, urge que estes conhecimentos fluam mais rapidamente. Esta necessidade vem sendo percebida e manifestada pelos conselheiros que têm procurado obter maiores conhecimentos e uma formação que torne sua participação mais efetiva nas decisões de saúde. Assim sendo, cursos de capacitação em diferentes formatos, em vários níveis e que atenda a objetivos específicos lhes têm sido administrados. (WESTPHAL E BÓGUS, 2002)

- **Os conselheiros e seu conhecimento acerca dos canais participativos**

Em seus depoimentos os conselheiros descrevem mecanismos participativos institucionais e não institucionais. Os dois tipos de mecanismos foram igualmente pronunciados na instância municipal e nacional, No entanto, observou-se que entre os segmentos surgiram algumas peculiaridades. Os conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores da saúde, referiram principalmente os mecanismos não institucionais, na sua maioria organizações comunitárias e aquelas criadas com o objetivo de auxiliar no manejo de doenças crônico-degenerativas. Provavelmente estes espaços participativos foram lembrados com maior facilidade por estes conselheiros por fazerem parte se sua realidade visto que, como já mencionado anteriormente, na sua maioria eles são líderes comunitários ou de associações trabalhistas e lidam mais de perto com os movimentos populares.

De forma oposta, os conselheiros representantes do governo e prestadores de serviços referiram os mecanismos não institucionais em menor escala, mencionando os institucionais com maior frequência. Por sua vez estes conselheiros, pela condição dos segmentos que representam, circunscritos principalmente à esfera governamental, bem como

pela própria realidade de vida, estão mais familiarizados com as Conferências, Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores.

Os conselheiros identificam e reconhecem a importância de ambos os espaços institucionais ou não, para a prática da cidadania. Acerca do espaço para a participação, Peruzzo (1998) comenta que “não pode ser encarado como algo limitante...mas uma liberdade que construímos lenta e profundamente, que conquistamos e que não queremos que nos seja doada, concedida e muito menos imposta o processo pressupõe compromisso, envolvimento, presença em ações por vezes temerárias e até arriscadas, uma verdadeira disputa de poder”. Estes espaços são formados por um processo longo e dificultoso, mas uma vez estruturados são os locais onde se expõem com liberdade os pensamentos reivindicativos.

No Brasil, país com forte tradição histórico-cultural de autoritarismo e pouca consciência política, os mecanismos participativos foram emergindo com esforço e ainda hoje o processo continua e parece, ainda, distante de chegar a sua plenitude. Na área de saúde a participação se tornou mais evidente na década de 70 quando crises econômicas e políticas nacional e internacional intensificaram os problemas sociais, que impulsionaram a formação dos “movimentos” de bairro, de mães além de outros, os quais somou-se a ação de outros atores sociais presentes nas universidades e na burocracia do Estado. Já na década de 80 os movimentos sociais são vistos como inovadores da cena política, buscando requerer do Estado o cumprimento de suas obrigações sociais, atuando como “articuladores sociais” funcionando como uma ponte entre as demandas da população e a burocracia pública e de uma forma mais ampla influenciando mais fortemente no plano político e institucional da sociedade (Dallari e cols, 96) Apenas na década de 90 os espaços institucionais são conquistados e mediante leis regulamentada a sua implementação.

Na verdade, os espaços não institucionais e institucionais se complementam para efetivação da cidadania. Os primeiros “são formas descentralizadas e ampliadas de representatividade dos setores organizados que passam a ser cada vez mais reconhecidos como interlocutores válidos”. Os segundos, por sua vez, são “facilitadores da presença da sociedade civil na

gestão pública proporcionando a inclusão de organizações comunitárias e movimentos populares nos conselhos populares e fóruns. Isto abre uma arena institucional para a inclusão de grupos sociais, onde todos os setores interessados numa determinada política pública possam discutir seus objetivos, podendo também representar um avanço na promoção do exercício efetivo de uma cidadania ativa”. (JACOBI, 2002^b)

- **Uso dos mecanismos de participação social nos serviços de saúde: facilidades e dificuldades encontradas pelo usuário**

Após a investigação acerca do conhecimento dos conselheiros sobre o conceito de participação, as leis que legalizam este processo e os mecanismos disponíveis para o seu exercício, procurou-se saber quais os fatores que poderiam influenciar de forma facilitatória ou obstaculizante o processo participativo do usuário. Verificou-se que os conselheiros identificaram um número maior de dificuldades que de facilidades. O que leva a ponderar que a participação é um processo lento e difícil que “não é dado, mas conquistado”, (Demo, 1999) e esta conquista encontra mais entraves que facilidades. Dentre os fatores citados vale salientar àqueles relacionados a aspectos políticos e à formação de uma consciência cidadã, foram citados como facilitadores ou obstaculizantes.

Fatores que facilitam o processo participativo

Os aspectos ressaltados pelos conselheiros como facilitadores para que a participação do usuário possa fluir ou tornar-se um exercício real, são especialmente aqueles relacionados a existência dos próprios espaços participativos, institucionais, ou não; os que envolvem questões políticas e democráticas; e os que levam a construção da consciência cidadina. Representantes de todos os segmentos expuseram suas opiniões, porém, o representante do usuário expressou-se mais frequentemente. Possivelmente a reflexão é a mesma já referida em outros conceitos, estes conselheiros estão mais presentes aos serviços, principalmente em nível municipal, seja atuando como conselheiro, ou no papel de usuário, e, portanto, têm

a oportunidade de vivenciar este processo mais de perto e observar o que está favorecendo, ou não, a participação do usuário.

A existência de organizações comunitária foi referenciada tanto em nível municipal quanto nacional, este fato leva a ponderar que as duas instâncias reconhecem a importância destes espaços para o processo participativo. Os mecanismos não institucionais foram interpretados pelos conselheiros como espaços de mobilização e de reivindicação dos direitos ora requeridos aos líderes comunitários, como seus representantes, ora às lideranças políticas. Para Westphal e Bógus (2002), as associações desenvolvem diversos e importantes papéis na comunidade entre os quais: educativo, articulador com outras organizações aumentando a visão do contexto em que estão inseridos, disseminadores de novas organizações, além de favorecerem mudanças na sociedade.

Côrtes (2001), também ressalta que as forças dos movimentos populares e sindicais favorecem a participação de representantes legítimos e autônomos nos próprios conselhos. Ele ainda acrescenta que o padrão de organização destes movimentos sociais influencia o modo dos usuários se envolverem nas atividades dos conselhos e das conferências, ou seja, se participarão mais em nível local, estadual ou municipal. Jacobi (2002^b) menciona que “As dinâmicas de participação implantadas possibilitam um aumento do grau de informação sobre o funcionamento dos serviços e da administração.”

Estes autores pontuam aspectos que esclarecem o papel facilitatório das organizações comunitárias para a população, seja como articulador, educativo, informativo, entre outros. No entanto, alguns autores fazem outras considerações interessantes acerca destes fóruns não institucionais. Westphal e Bógus (2002), ressalva que é necessário a preservação da essência destas organizações para que possam se manter fiéis em retratar a realidade a que pertencem. Neste sentido, Oliveira (1996) também ressalta que “A proposta participativa transfere para o campo da saúde a necessidade da compreensão da cultura popular que pode e deve ser apreendida de modo muito mais rico na própria convivência do cotidiano das pessoas.” Os mecanismos não institucionais proporcionam a que o indivíduo exponha, de

forma mais verdadeira, a essência de suas necessidades e a realidade a que pertence. Os mecanismos institucionais muitas vezes têm sido visto por alguns autores (Westphal e Bógus, 2002 e Abrantes-Pêgo, 1999) como espaços clientelistas e populista, onde por vezes a comunidade é vista como personagem para compor este espaço, ocorrendo, além disto, a manipulação de lideranças locais, da massa, para barganhas eleitorais. Apesar do exposto ser uma realidade no contexto do país, há de se considerar que os mecanismos não institucionais são o principal palco para a capacitação da comunidade para analisar e priorizar suas necessidades, formular e negociar suas propostas. É por meio deles que se edifica a solidariedade e se fomenta o intercâmbio dos saberes e finalmente é neles próprios que se há de buscar formas de combater a corrupção interna a fim de que se crie e prevaleça um modo íntegro de atuação.

Dentre os fatores facilitadores surgiu entre os representantes do governo em nível municipal entendimentos relacionados a circunstâncias políticas, ambos conselheiros ressaltaram que quando a gestão governamental tende a uma abertura política, favorece a que a população exteriorize suas opiniões mais livremente, proporcionando que a participação social ocorra com mais força. Se o gestor também tem a postura democrática oferecendo menor resistência à reivindicação do usuário, os mecanismos são mais utilizados pela população e podem interferir mais eficazmente sobre a qualidade dos serviços. Entende-se que estes representantes exteriorizem estas opiniões pelo fato de conviverem no âmbito político e, assim, o olhar é conduzido para este aspecto. Os entrevistados parecem exprimir em seus relatos uma tendência favorável a abertura política, possivelmente isto seja reflexo de estarem vivenciando uma gestão mais democrática e também mais participativa.

Sabe-se que a abertura política está diretamente vinculada a uma vontade política voltada para este fim. Com relação a este aspecto, Jacobi (2002^b), cita a experiência de prefeituras de governos progressistas no Estado de São Paulo entre 1989-1982, “onde apesar de não haver um projeto plenamente estruturado para viabilizar a participação popular nos diversos aspectos da administração municipal é inegável que existiu a vontade política de incorporar a população nas diferentes instâncias criadas para a tomada de decisões”. Ele declara ainda

que “o ponto de partida da gestão era o programa de governo apresentado durante a campanha baseado numa proposta democrática e popular de governo comprometido em inverter as prioridades visando atender primeiramente as necessidades e os direitos sociais dos setores mais carentes da população”. Este discurso exemplifica bem que a vontade política é uma importante condição para que o processo participativo aconteça. A partir dela a estrutura das diferentes esferas governamentais se prepara para viabilizarem, ou não, a co-participação do cidadão na gestão política.

A existência de mecanismos institucionalizados no município como um fator facilitador para a participação também foi lembrado pelos conselheiros representantes dos usuários em nível municipal. Apesar da existência de outros canais institucionais, apenas o conselho foi referendado. Provavelmente por ser o mais conhecido, mais próximo à população e também o mais utilizado. Os conselheiros ressaltaram o seu papel de intermediador entre os usuários e o conselho como a principal forma de facilitar a participação popular. O que ocorre é que na grande maioria das vezes os representantes dos usuários são também líderes comunitários presentes em suas comunidades sendo mais fácil para o usuário dirigir-se diretamente à ele. As organizações comunitárias também procuram estes conselheiros para expor suas demandas. O que se observa é um trabalho conjunto entre os canais não institucionais e os institucionais, onde o conselheiro é o agente catalizador. É importante salientar que, segundo os conselheiros, o usuário tem a consciência da importância do conselho para equacionar seus problemas e fazem com que suas necessidades cheguem até ele, ainda que, se não diretamente no espaço físico, por meio do conselheiro/líder.

É fato que a presença destes espaços legitimados favorecem a presença da população na gestão pública, principalmente mediante a incorporação de entidades da sociedade civil organizada. Nesta perspectiva de articulação do Estado com sujeitos sociais, Jacobi (2002^a) refere que “a concepção conciliar passa a ter uma presença crescente no Brasil à partir da legitimação do papel inovador dos diversos tipos de conselho, como facilitadores da presença da sociedade civil na gestão pública. A institucionalização da participação ampliada ou neocorporativa ocorre através da inclusão de organizações comunitárias e

movimentos populares nos conselhos populares e fóruns, dentre os principais. Isto abre uma arena institucional para a inclusão de grupos sociais, onde todos os setores interessados numa determinada política pública possam discutir os seus objetivos num fórum com regras claras e transparentes, podendo representar também um avanço na promoção do exercício efetivo de uma cidadania ativa”. Côrtes (2001) tem opinião similar declarando que para o efetivo controle social, o conselho tem papel relevante e daí a importância de “aproximar os conselhos aos milhões de usuários que procuram as unidades de saúde em todo o país e aos milhares de trabalhadores de saúde que aí prestam serviços”. De fato, uma maior aproximação entre estes atores, usuários, funcionários e o conselho é um elo imprescindível à fluidez da participação.

Na esfera nacional, observou-se que dentre os fatores que facilitam a participação, preponderou àqueles mais voltados para o indivíduo, onde ele é o ponto chave e a base para que o processo participativo ocorra. Assim, investindo-se nele está se dando condições para que a participação ocorra, seja conscientizando este indivíduo acerca da sua cidadania, como refere o representante do prestador de serviços, seja estimulando ou encorajando a tomar atitudes reivindicativas, como colocou o representante do governo. Visto que estes conceitos se interligam e se complementam, serão comentados conjuntamente.

A formação da consciência cidadã é imprescindível para que a participação aconteça. Sua construção não ocorre de um momento para o outro, é um processo lento que está permeado por tantos outros fatores como culturais, históricos e políticos. Porém, atualmente observa-se que a semente lançada está se alastrando e começando a fincar raízes e a crescer numa marcha que não tem mais volta. Neste processo a educação para a cidadania, seja em nível formal ou informal, é um dos pontos relevantes. Jacobi (2002^a) refere que a formação do cidadão mediante a educação, não só do usuário como do próprio trabalhador da saúde, é uma forma de se alcançar o controle social. Uma vez que este cidadão esteja fortalecido ele pode assumir a definição das diretrizes de gestão administrativa.

Segundo este autor “...trata-se de um estímulo a participação ativa baseado no pressuposto de estimular a co-responsabilização dos usuários e uma disponibilidade para maior interlocução e uma permeabilidade das propostas populares junto à administração”. À medida que o indivíduo se educa ele participa e isto leva ao feed-back – educação cidadã ↔ participação. Neste sentido, Westphal e Bógus (2002) refere “a participação social como uma prioridade para a construção da capacidade da comunidade para analisar e priorizar suas necessidades. Formular e negociar suas propostas. Trata-se de construir laços de solidariedade... e de fomentar o intercâmbio de saberes”.

Reforçando o que já foi referido pelos autores anteriores, Pateman (1992) citado por Silva (1999) ressalta não só o aspecto educativo mas, também o psicológico da participação “...a principal função da participação na teoria da democracia é de natureza educativa tanto no aspecto psicológico quanto na aquisição de prática de habilidades e procedimentos democráticos, sendo a participação que capacita os indivíduos para a vivência democrática”. Na realidade há de se reconhecer o papel essencial da conscientização acerca da cidadania no processo participativo, no entanto, a determinação em decidir tomar parte como um sujeito ativo e não passivo requer estar psicologicamente preparado para este tipo de comportamento. É quando se coloca a importância do incentivo a atitudes reivindicativas, visto que muitas vezes o indivíduo tem a consciência de seus direitos, de que pode cobrar, e, no entanto, não toma esta atitude.

Como referiu Silva (1999) a participação também tem este papel “psicológico” de alimentos a intrepidez, estimulando um segundo feed-back – estímulo ↔ participação. Como referido anteriormente, o indivíduo conscientizado e adequadamente estimulado é conduzido mais facilmente a uma atitude participativa.

Por fim, o representante dos usuários na esfera nacional enfatiza que a abertura, em aceitar as opiniões do usuário, nas instituições, está ocorrendo paulatinamente seja de forma coletiva ou individual, acerca das ações governamentais, e propicia as atitudes participativas por parte da população.

Patermam (1992), citado por Silva (1999) enleva a participação do indivíduo nos processos decisórios quando defende a idéia de que “Na teoria da democracia participativa os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente”. Este autor ainda refere que a democratização em todas as esferas leva a que as atitudes participativas se desenvolvam com maior liberdade, não apenas no âmbito da saúde, mas nas diferentes áreas sociais. A democracia é um pré-requisito para a participação, e, por sua vez, quando a sociedade é participativa a forma de governo é democrática. Parece então, que esta “simbiose” entre democracia e participação é mais um fator facilitatório para o pleno exercício da cidadania.

Fatores que obstaculizam a participação.

Alguns empecilhos para o pleno exercício da participação do usuário nos serviços de saúde foram referenciados, entre eles foram salientados: aqueles referentes ao usuário quanto ao seu comportamento participativo e consciência de cidadania, à interrelação entre o conselho, a mídia e a sociedade, à aspectos políticos, à sua visão sobre a saúde e àqueles relativos a utilização e acesso aos serviços de saúde.

É interessante ressaltar, ainda que este seja um achado esperado, que os conselheiros identificam um número maior de entraves, que de oportunidades para participar. Como já comentado, a participação é um processo gradual, que para se concretizar precisa transpor obstáculos antigos, sólidos e diferenciados, alguns dos quais serão aqui discutidos.

Quando se observa as duas instâncias governamentais os obstáculos são referidos por todos os segmentos, no entanto, ressalta-se que o representante do governo, em nível municipal e nacional, se pronunciou mais vezes. Considerando-se que o representante dos usuários é o que lida mais de perto com o exercício participativo, e, portanto, enfrenta as barreiras em sua realidade, era provável que este conselheiro discriminasse um número maior de fatores obstaculizantes. Por outro, ressalte-se que a sensibilidade para se colocar no lugar do usuário

e o olhar mais extenso, próprio do âmbito governamental, possivelmente conduziram o representante do governo a identificar estes fatores.

Os fatores políticos e os relacionados ao uso dos serviços de saúde, foram referenciados por representantes dos diferentes segmentos em ambas as instâncias de governo. Nos níveis municipal e nacional os representantes do governo, que lidam diretamente com circunstâncias políticas, e o representante dos usuários, que tem experiências com movimentos reivindicativos, fazem menção dos entraves de natureza política. Os representantes dos trabalhadores de saúde, em nível nacional e municipal, possivelmente por fazerem parte das instituições que prestam os serviços e observarem a forma como estes serviços estão sendo oferecidos e as dificuldades que os usuários tem para alcançá-los, relacionam aquelas dificuldades inerentes ao uso dos serviços de saúde considerada aqui como uma participação passiva.

Certamente o aspecto político é um fator relevante ao processo participativo. Ele foi lembrado como fator facilitador e concomitantemente obstaculizante para a participação, sendo, inclusive, o mais citado quanto a este último aspecto. Isto leva a ponderar o quanto as diretrizes políticas, abertura democrática, jogos de interesses, raízes político-cultural, entre outros, fortemente influenciam este processo.

Dentro da esfera política os conselheiros abordam diferentes empecilhos à participação, um deles é a dificuldade de acesso às autoridades, especialmente políticos, para expor suas queixas e sugestões. Quando procurados, não estão disponíveis ou as barreiras para chegar até eles são tantas, que gera ansiedade e desestímulo ao usuário, podendo levá-lo à desistência de suas ações participativas. Tal circunstância caracteriza uma barreira evidente à participação.

Também foi referendado por um dos conselheiros a questão do “centralismo do governo”, ou seja, a concentração do poder e uma gestão com diretrizes convergentes e não descentralizadas. Se não há a preocupação em conhecer as necessidades da população, nem

de incorporar suas sugestões às decisões dos serviços que lhe são oferecidos, mediante serviços mais democráticos e menos burocráticos que fortaleçam a participação diluindo o poder e descentralizando as diretrizes das ações, o usuário terá dificuldades em participar.

Jacobi (2002^a), em seu trabalho sobre políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina, comenta sobre a heterogeneidade da estrutura participativa que, em determinados locais, tem uma que favorece melhor a participação que outros. “Os resultados heterogêneos no conjunto da cidade refletem as dificuldades de se modificar uma cultura burocrática e centralizadora, que coloca entraves à democratização dos serviços e aos mecanismos de fiscalização e controle social da administração pública”.

Esta reflexão é compartilhada com a do conselheiro, quando o autor também refere a burocracia e centralização como entraves à democracia, e , portanto, ao exercício da participação.

Outro aspecto obstaculizante identificado pelos conselheiros é a dissonância de interesses, onde a população está circunscrita em determinada realidade com suas necessidades mais urgentes, bem determinadas e conhecidas pela comunidade, e, no entanto, as ações governamentais não se adequam a elas, seja por não ouvir o usuário, seja por ter uma gestão verticalizada, seja por interesses político-partidário ou outros. Neste sentido, Abrantes-Pêgo (1999) salienta que , se existirem duas lógicas, a da população e a dos formuladores de política, a tendência é um encontro conflitivo, ou seja, os projetos elaborados sem a participação dos atores objeto das políticas, culminam por tomar caminhos contraditórios aos planejados.

Por fim, ainda foi referenciado a falta de vontade política, a qual se soma aos enfoques supracitados e se sobressai aos mesmos, uma vez que sem ela, a participação dificilmente se estabelece podendo reduzir-se apenas a uma apagada repercussão. Com relação a este obstáculo, Jacobi (2002^a), pronuncia que “... estas experiências (participativas) que inovam na relação entre Estado e sociedade civil ainda estão longe de representar um paradigma de

significativa repercussão no atual quadro brasileiro, principalmente em virtude da falta de vontade política dos governantes e da fragilidade associativa”. Este autor além de salientar a vontade política como fator preponderante para a efetivação da participação, ele ressalta também a importância do fortalecimento da sociedade e sua organização para o êxito do referido processo.

Alguns conselheiros, além do entendimento de uma participação ativa, na qual o indivíduo procura tomar alguma atitude para modificar as circunstâncias que o incomodam, também compreendem que a simples utilização dos serviços é também uma forma de participar. Considerada, por alguns autores, como uma forma passiva de participação, nela o indivíduo apenas absorve o que lhe está sendo oferecido, sem nada questionar, reclamar ou sugerir. Neste sentido os representantes do segmento dos profissionais de saúde nas duas instâncias de governo citaram barreiras que podem dificultar ou inviabilizar o acesso e uso aos serviços de saúde pela população. No uso de suas atribuições, enquanto trabalhadores de saúde, estes conselheiros provavelmente têm oportunidade de estar mais perto do usuário, observar as dificuldades que eles precisam transpor e certamente de ouvir o que eles pensam e sentem.

Assim sendo, é compreensível que esta forma de entendimento acerca da participação e de seus obstáculos, emergisse deste segmento. O representante em nível municipal citou obstáculos que parecem atingir mais de perto a camada mais simples da população. Ele fez referências às barreiras geográficas que a população mais carente tem que transpor para chegar até os serviços de saúde. “Um sobe e desce”. Este fator pode impedir alguns usuários de chegarem até a instituição de saúde, e, assim, não podem “participar” dos serviços que ela está proporcionando. Este conselheiro também menciona o mau atendimento interpessoal como um fator que desestimula a ida do usuário aos serviços de saúde. Quando ele chega à instituição e é mal informado ou informado incorretamente pelo trabalhador de saúde, ele sente-se insatisfeito e desiste de utilizar os serviços.

O representante da esfera nacional descreve seu parecer mediante exemplo mais reflexivo e menos prático, podendo qualquer usuário estar nele inserido. Ele pondera que vários fatores

concernentes à sobrevivência do indivíduo e de seus familiares, como a busca ou manutenção do emprego e educação dos filhos, são priorizados e a saúde fica relegada a um segundo plano. Considerando o uso dos serviços como uma forma, ainda que passiva de participar, os fatores acima relacionados, se constituem em empecilhos à participação.

Em nível municipal, observou-se que os fatores identificados pelos conselheiros estavam diretamente relacionados ao usuário, ou seja, referentes ao seu comportamento ou a sua condição de desconhecimento acerca dos direitos políticos. Diante das diferentes circunstâncias que o usuário enfrenta ao procurar os serviços de saúde ele pode ter diferentes comportamentos.

Alguns usuários tendem a agir de alguma forma que possa interferir em sua realidade e gerar melhorias. Outros demonstram uma atitude impassível, apesar da problemática na qual estão inseridos, nada fazem para mudar o seu contexto. Sobre o comportamento deste segundo grupo de usuários, os representantes dos prestadores de serviços, dos trabalhadores e dos usuários, em nível municipal tecem algumas opiniões. A maior parte dos diferentes segmentos de conselheiros se pronunciou ressaltando comportamentos que induzem a inércia dificultando, desta forma, que o usuário tome uma atitude participativa. Certamente no âmbito municipal estes conselheiros estão em maior contato com o usuário em seu cotidiano, têm oportunidade de conversar com eles e de presenciar algumas situações que os levaram a esta reflexão.

Dentre os aspectos atitudinais foi referendado uma conduta desinteressada por parte da população onde esta parece não querer se envolver e/ou se preocupar com os problemas, não comparecendo às reuniões das associações comunitárias ou de movimentos populares, não fiscalizando os serviços ou até mesmo o desempenho de conselheiros e/ou líderes comunitários. Tornam-se meros espectadores dos que participam e conseguem gerar mudanças. Também houve alusão à falta de iniciativa da população em buscar se informar e obter conhecimentos sobre seus direitos a fim de que possam agir respaldados.

Ainda neste enfoque, a timidez para reivindicar seus direitos e exercer sua cidadania foi ressaltada como um entrave para a participação. Diante destas opiniões vale ponderar que os conselheiros descreveram apenas o estereotipo comportamental dos usuários, traduzido pelas atitudes de “desinteresse ou indiferença”, “falta de iniciativa” e “timidez”.

De fato, estas condutas são explicitadas por fatores não apenas de natureza política como a herança de regimes ditatoriais e/ou paternalistas, mas por um acúmulo multifatorial como a desinformação, o baixo nível sócio-econômico e educacional e a descrença nos políticos pelo seu descompromisso e nos líderes comunitários pelo seu despreparo. Certamente esta panacéia de “antiestímulos” interage entre si e geram sentimentos como o desestímulo, a desconfiança e a falta de interesse que conduzem a passividade e finalmente a inércia que ainda dominam grande parte da população.

Abrantes-Pego (1999) em um trabalho realizado na periferia do Rio de Janeiro estudando a articulação entre o poder público e a população em instâncias participativas locais, também encontrou o sentimento de desconfiança gerado na população pela classe política, pois ,se sentiram vítimas do clientelismo e manipulação. Jacobi, (2002^b) comenta que quando “se observa a análise das práticas participativas, traz à tona , na maior parte das vezes, uma leitura que oscila, de um lado, entre a apologia e o voluntarismo e, do outro, ente a indiferença e a subestimação...” Esta opinião é compartilhada com a dos conselheiros onde estes têm descrito acerca de atitudes na qual existe a vontade de participar e esta leva o indivíduo a agir e `aquelas de indiferença onde o indivíduo não toma atitude participativa.

A consciência cidadã foi lembrada como um fator facilitador, quando o usuário exerce seus direitos de cidadania. A ausência desta, por sua vez, foi citada como um fator obstaculizante para a prática participativa. Para o representante do governo em nível municipal a falta de conhecimento sobre democracia é um dos obstáculos encontrados no percurso do processo participativo. Para ele isto se deve ao fato de que , historicamente o povo não foi “educado” para participar e como a democracia “não é dada é conquistada” o caminho é difícil. Jacobi (2002) também entende que os processos participativos, que conduzem a formação de uma

cidadania ativa, estão na dependência de alguns fatores, dentre os quais a cultura política. Segundo ele, “a análise dos processos existentes está permeada pelos condicionantes da cultura política, tanto no Brasil como nos demais países da América Latina, marcados por tradições estatísticas centralizadoras..” entre outras.

Em nível nacional verificou-se que os conselheiros não se detiveram em aspectos apenas inerentes ao usuário, eles fizeram menção de fatores que estão vinculados ao usuário mas que abrange também a sociedade como um todo e o próprio conselho.

O representante dos prestadores de serviços ao descrever sua opinião ele referiu à sua condição de conselheiro, para ele o que dificulta a participação é a falta de um conhecimento mais eclético e abrangente, por parte dos conselheiros, nas diferentes instâncias de governo. Ele entende que se o conselheiro detiver informações sobre diferentes áreas facilitará a compreensão acerca dos problemas referentes ao aspecto da saúde.

Neste sentido, é importante considerar que atualmente a própria saúde tem um conceito holístico, e, assim sendo, é pertinente que aqueles que trabalham nesta área, sejam os profissionais de saúde ou aqueles que, como os conselheiros, objetivam a sua melhoria, desenvolvam um olhar mais abrangente. No que se refere a este aspecto, Briceño-León (1998) ao fazer uma revisão sobre o contexto político da participação comunitária na América Latina, ressalta a visão holística da saúde como um dos elementos importantes para a transformação do setor saúde. Segundo ele. “a saúde não está desligada do emprego, seja na área urbana ou na produção agrícola e que não é distinta da política agrícola e nem das condições ambientais”. Este autor reforça o entendimento do conselheiro no sentido de que a saúde deve ser olhada de forma integral. Certamente se o conselheiro detiver uma bagagem de conhecimentos acerca de outras áreas que também podem direta ou indiretamente influenciar a saúde, poderá contribuir mais para a sua melhoria e para a participação do usuário.

O representante do governo, em nível nacional, mencionou três fatores que contribuem para dificultar a participação do usuário na melhoria dos serviços de saúde. Um dos fatores citados foi a dificuldade de conexão entre o conselho e a sociedade que, segundo seu entendimento, é consequência da falta da construção e do preparo do cidadão. Trabalhando-se a base do conhecimento do indivíduo, este passa a perceber mais facilmente os benefícios da articulação entre a população e o conselho. O mesmo conselheiro também coloca como entrave a inexistência ou a reduzida presença de conselheiros que represente legitimamente a população na instância municipal.

Sabe-se que os conselheiros, geralmente são pessoas idôneas e comprometidas com o respectivo segmento que representam, bem como conhecem a responsabilidade que têm para com os interesses da coletividade em geral. No entanto, nem todos se comportam desta maneira e passam a inferir de maneira negativa sobre a participação do usuário. Esta colocação encontra respaldo em alguns autores os quais descrevem fatores que podem interferir tanto na forma do conselheiro agir como no funcionamento do conselho como um todo.

Jacobi (2002^a) analisa que uma das dificuldades encontrada é a incorporação aos canais participativos institucionais, de grupos de naturezas diferentes, que por criarem tensões e competitividade, fomentam o corporativismo e complica a representatividade, enfraquecendo a participação “A institucionalização da participação é permeada de dificuldades decorrentes da heterogeneidade dos grupos comunitários e associativos, o que torna complexos os problemas de representação, criando tensões quanto aos critérios de escolha, acirrando a concorrência e trazendo à tona a pressão dos grupos organizados no sentido de reforço das práticas neocorporativas, isto provoca freqüentemente, um esvaziamento destes mecanismos de decisão coletiva”.

Côrtes (2001) e Assis, Kantorski e Tavares (1995) também comentam a baixa representatividade, especificamente dos representantes dos usuários no CMS e CES que ocorre em cidades com movimentos sociais e sindicais fortes. Estes representantes “parecem

abdicar de utilizar o espaço dos conselhos para articulação de forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de construção do SUS. Têm rareado as mobilizações públicas pela melhoria dos serviços e ampliação do acesso a cuidados complexos de saúde”.

Estes autores exemplificam como certas variáveis que permeiam os mecanismos institucionais de participação podem interferir no funcionamento do conselho levando a que os conselheiros não representem com fidelidade os interesses da população. Por fim, o conselheiro ressalta a importância de se utilizar os veículos de comunicação como fonte de conhecimento para a população. Pela sua colocação subentende-se que estes serviços, se bem utilizados, facilitam a formação de uma consciência cidadã e consequentemente a participação. Por sua vez a pouca utilização desses meios informativos pode-se inferenciar que, são por ele entendido como um fator obstaculizante para a participação.

- **Visão dos trabalhadores de saúde quanto à participação dos usuários nos serviços de saúde**

Observando-se a temática em discurso, a participação do usuário nos serviços de saúde é um processo complexo que interdepende de vários fatores e do qual fazem parte diferentes atores, dentre eles o trabalhador de saúde. Este desempenha um papel fundamental no processo participativo uma vez que de um lado recebe e trata o usuário nos serviços e do outro pode se identificar com eles visto que vivenciam a experiência de também serem usuários. Neste contexto o profissional de saúde tem a oportunidade de interferir como um instrumento facilitador, ou não, do processo. Desta forma, achou-se pertinente ouvir a opinião dos conselheiros sobre a visão que este segmento da sociedade tem quanto a participação do usuário.

Mais uma vez a proximidade com os serviços e, portanto, um maior contato com os trabalhadores de saúde, favorece a que os conselheiros municipais expressassem um número maior de opiniões. Apesar de todos os segmentos se pronunciarem, os representantes dos usuários e trabalhadores da saúde, em ambas as instâncias, descreveram versões mais

diversificadas acerca do que pensa o profissional de saúde sobre a participação do usuário. Possivelmente estes dois segmentos do conselho por vivenciarem circunstâncias semelhantes, percebam mais de perto o que pensam e/ou como agem diante de uma atitude participativa.

Apesar dos conselheiros emitirem diferentes impressões, algumas idéias foram convergentes e, assim, surgiram quatro enfoques principais. No primeiro, os conselheiros relataram que há trabalhadores de saúde que vêem a participação dos usuários de forma positiva, ou seja, eles aceitam e concordam que o usuário pode interferir para melhorar os serviços de saúde. Neste sentido, foi ressaltada a importância dos usuários durante o processo de elaboração das políticas de saúde visto que ele pode contribuir informando as necessidades reais do ambiente no qual estão inseridos e que precisam ser trabalhadas, e consequentemente a adesão às ações e o êxito das diretrizes tomadas serão maiores.

Em um segundo enfoque os conselheiros condicionaram a opinião dos trabalhadores de saúde a alguns fatores. Um deles descreve que a recepção do funcionário à uma atitude participativa do usuário está vinculada ao conhecimento deste acerca de seus direitos e deveres. Se o usuário é bem informado e está ciente de como deve reivindicar seus direitos, a postura do trabalhador de saúde é de aceitar melhor a participação do usuário. De maneira oposta, quando o usuário tem pouca noção acerca de seus direitos e limites, então, é passível de ter um comportamento inadequado ante os serviços e leva o profissional de saúde a não aceitar suas interferências.

Um outro condicionante referido pelos conselheiros é o nível sócio-econômico dos profissionais de saúde. Se o profissional de saúde tem o nível de escolaridade e/ou de status econômico diferenciado, alguns não desenvolvem a sensibilidade para entender o contexto do usuário e suas reclamações, e, por isto, não aceitam bem a participação do usuário. No entanto isto não se aplica a todos visto que outros profissionais de nível sócio-econômico semelhante não são influenciados por esta condição e recebem bem as colocações feitas pelos usuários. Provavelmente o que o entrevistado quis dizer é que quando o profissional de

saúde tem um nível sócio-cultural mais próximo do usuário é mais fácil ele se identificar com suas circunstâncias e entender suas reivindicações. Ainda foi ressaltado pelo conselheiro que o sistema de atendimento pode interferir na visão do trabalhador de saúde quanto a participação do usuário. No entender do conselheiro, quando o usuário faz uso de serviços centralizados como em postos, clínicas, hospitais ou outros, o diálogo entre eles e os diferentes trabalhadores de saúde fica mais formal.

A distância do contexto e da problemática na qual o usuário está inserido, muitas vezes pode dificultar a compreensão do trabalhador de saúde acerca dos problemas, e, por conseguinte, ele passa a ter atitudes adversas quando recebem reclamações e/ou sugestões. Quando o serviço é oferecido em um sistema mais informal, onde o trabalhador de saúde tem um contato próximo com o usuário e sua família, ele adentra no contexto de vida do indivíduo e passa a compartilhar da realidade do mesmo, entendendo e ouvindo melhor suas queixas.

Na opinião destes conselheiros, quando se observa os fatores condicionantes mencionados, os funcionários podem, então, ter uma atitude receptiva, ou não, à participação do usuário. Em um terceiro enfoque um dos conselheiros menciona que ante a atitude participativa do usuário, alguns trabalhadores de saúde mantêm-se distante e abstêm-se de se envolver em circunstâncias reivindicativas. Nesta postura o profissional não se sensibiliza com as necessidades do usuário, não está muitas vezes ciente dos direitos do mesmo e não reconhece que tem co-responsabilidade no processo participativo.

No último enfoque, alguns conselheiros têm a percepção de que existem trabalhadores de saúde que demonstram atitude completamente aversa à participação do usuário para a melhoria dos serviços de saúde. É interessante ressaltar que esta opinião é compartilhada por ambas instâncias governamentais. Em suas falas os entrevistados relatam que os profissionais de saúde não recebem bem as queixas do usuário chegando mesmo a trata-los mal quando interpelados. Um dos conselheiros coloca que os trabalhadores de saúde desconhecem os direitos do usuário e entendem que este não pode reclamar quando se sentir prejudicado. Outro conselheiro salientou que esta forma negativa de entender a

participação do usuário é comum tanto aos profissionais de saúde pública como dos serviços privados. Ainda foi exposto que em alguns serviços os profissionais de saúde se opõem claramente a que o usuário participe, aumentando a resistência à medida que aumenta o grau de participação. Esta atitude aversa à democratização dos serviços foi observada em profissionais de todas as categorias, inclusive a classe médica. Este comportamento negativo do profissional de saúde diante de uma ação reivindicativa do usuário, possivelmente não é generalizado a todos, contudo, certamente, uma boa parcela destes profissionais ainda tomam esta atitude.

Diante destas impressões acerca da visão do conselheiro sobre o que pensa ou como age o trabalhador de saúde ante a participação do usuário, pode-se fazer algumas ponderações. Percebe-se, pelas colocações feitas, que o trabalhador de saúde é uma parte integrante importante do processo de participação. Muitas vezes pode estar na sua dependência uma ação participativa bem ou mal sucedida. Quando existe uma sensibilização quanto aos problemas que o indivíduo encontra no sistema de saúde, bem como de que ele, além de profissional de saúde, também é um usuário e está sujeito a enfrentar situações semelhantes, entende-se que a atitude dele será favorável a participação. Se estes profissionais de saúde têm conhecimento dos direitos e deveres que cabem ao usuário, e a ele mesmo enquanto funcionário e/ou usuário, é provável que a sua atitude seja a de colaborar com o usuário. Portanto o trabalhador de saúde que tenha uma consciência cidadã alicerçada pode ser um forte aliado no processo participativo. No entanto, se o trabalhador de saúde não detém estes conhecimentos de cidadania, certamente pode se constituir em um obstáculo a participação, inibindo o usuário, dificultando as ações que levem a solução do problema, sonhando informações, além de outras atitudes.

Alguns autores também reconhecem a importância do papel do trabalhador de saúde e fazem comentários pertinentes às circunstâncias que influenciam seu comportamento. Jacobi (2002^a) menciona que a participação é um processo educativo e que dever fomentar não apenas a cidadania da população mas também integrar o trabalhador de saúde neste processo “...como um processo educativo no qual busca não só envolver o funcionalismo,

mas fortalecer a consciência de cidadania da população..” A educação, especificamente na área da cidadania, é um fator expressivo que explica o desconhecimento acerca dos direitos, da importância da abertura democrática nos serviços, da ampliação de canais participativos diferenciados.

O referido autor também ressalta que o “medo” da fiscalização também é um outro fator explicativo para algumas atitudes. Descrevendo sobre experiência de gestões democráticas em alguns setores da cidade de São Paulo ele refere que “Na gestão da saúde, o grande desafio que se impunha era de fazer com que os funcionários superassem o medo da participação, do fato, de seu serviço ser fiscalizado e da população estar mais presente no seu cotidiano notadamente nos problemas de recursos humanos”. O medo da fiscalização pode explicar atitudes de defesa que se expressa na criação de barreiras à participação.

Oliveira (1996) citando Valla e Stotz (1993) faz referência a relação usuário/profissional de saúde, onde existe uma distribuição desproporcional do poder “...o que dever ser buscado é a superação da concepção simplista da saúde, redimensionando o papel dos profissionais de saúde e suas relações com a população despojando-se de uma postura autoritária e estabelecendo uma relação de poder mais próxima do equilíbrio. De fato, a saída para essa questão passa por uma mudança na visão dos profissionais da saúde sobre esse ‘popular’, a cultura e o papel dos próprios serviços de saúde”. O excesso de autoritarismo exercido por alguns profissionais de saúde é um fator inibitório a que o usuário se expresse ou tome alguma iniciativa participativa.

Portanto, sobressai-se a necessidade de mudar a forma do trabalhador de saúde olhar o usuário, ou seja, não apenas vê-lo como o portador de um mal físico, mas na sua forma integral como um indivíduo em todo o seu contexto sua cultura, sua realidade e estar ciente de que ele possui direitos a serem respeitados, inclusive o de manifestar suas insatisfações e reivindicar melhorias.

Neste sentido, Wendhausen e Caponi (2002) também reforça a necessidade de que o profissional de saúde mude o seu comportamento para com o usuário “...no sentido de estimulá-lo a participar faz-se necessária uma mudança de atitudes daqueles que trabalham nestes serviços, estimulando o usuário a conhecer mais sobre a temática da saúde relacionando-a a seus direitos, a partir de sua própria experiência vivenciada enquanto cliente”. O autor destaca o papel de incentivador da participação que o profissional de saúde pode exercer, na medida em que encoraja o usuário a conhecer mais sobre as questões de saúde e também sobre os seus direitos, tomando por base a sua própria experiência, enquanto também usuário.

O profissional de saúde está numa posição estratégica na qual, à medida que estão em contato direto com o usuário, sendo componentes do próprio sistema de saúde, eles também vivenciam o papel de usuário com todos os seus dilemas, no entanto, ao tratar o usuário, o profissional de saúde parece esquecer-se desta realidade. Daí a importância de se trabalhar este ator com “duplo papel”, a partir da educação para a cidadania, o equilíbrio do poder na reação e até mesmo a sensibilização dele em colocar no lugar do “outro”. Segundo a percepção dos conselheiros entrevistados, uma parcela importante dos trabalhadores de saúde, tem uma visão negativa sobre a participação do usuário, o que merece uma reflexão mais cuidadosa em um outro estudo mais minucioso.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do que já foi descrito sobre o assunto pode-se ponderar sobre alguns achados. Observou-se que as diferentes instâncias governamentais e os seus respectivos segmentos, ora de forma mais acentuada e ora de forma mais discreta, parecem ter influenciado alguns conceitos dos conselheiros entrevistados. E que outros fatores, não apenas os segmentos e as esferas governamentais, também interferiram na opinião dos entrevistados e pelo fato de não poderem ser dissociados das idéias e conceitos foram também aqui ressaltadas

Inicialmente atentou-se que ao fazerem suas colocações as experiências de vida dos entrevistados influenciaram de forma preponderante suas opiniões. Ou seja, alguns usuários e trabalhadores de saúde são membros ativos de organizações comunitárias e de associações trabalhistas, cujas atividades influenciam sua maneira de pensar e de elaborar seus conceitos.

Além disto observou-se também que, em qualquer das instâncias governamentais, se o conselheiro possuía uma maior bagagem sócio-cultural, eles tinham maior facilidade em construir seus discursos expressando mais claramente suas opiniões. Algumas vezes o nível de conhecimento conduziu a reflexão do entrevistado para conceitos mais embasados e estruturados.

De um modo geral, os entrevistados levaram em consideração seu papel de conselheiro e em algumas opiniões exprimiram idéias revestidas de compromisso e preocupação com o interesse da coletividade, buscando intervir de alguma forma para que as melhorias nos serviços de saúde aconteçam. No entanto, tal preocupação parece ser mais evidente entre os conselheiros da instância municipal que da nacional. Possivelmente isto se deva ao fato de que naquela instância governamental os conselheiros por estarem mais próximos à população, observam ou até mesmo vivenciam seus problemas mais de perto.

Em outras exposições observou-se que o segmento a que pertence o conselheiro direciona sua percepção, onde em alguns momentos os representantes dos usuários e funcionários pensavam e se expressavam como usuários e não apenas como conselheiros. Este misto de identificações se explica quando se atenta que os conselheiros representantes dos usuários e funcionários são ambos usuários e, muitas vezes, do mesmo serviço.

Ainda, pode-se acrescentar que em alguns conceitos os conselheiros da instância nacional expressaram olhar gerencial sobre as circunstâncias que permeiam o processo participativo bem como foram mais abrangentes em suas respostas. Certamente a esfera governamental que representam favoreça esta postura. Por sua vez, os conselheiros da instância municipal mostraram uma percepção, acerca dos aspectos que envolvem a participação, mais localizada e pontual, visão pertinente a uma maior proximidade com a realidade.

Quanto aos conceitos sobre temas pertinentes à participação algumas idéias foram mais evidentes e serão resumidas a seguir, bem como algumas peculiaridades referentes aos segmentos e instâncias governamentais.

O conceito de participação foi construído por diferentes idéias que lhe dão a forma de um processo essencialmente dinâmico composto por diversas ações que afluem, na maioria das vezes, para gerar mudanças visando o bem da coletividade. Para a formação deste conceito se sobressaíram as seguintes idéias: Participação como um direito, como uma busca de melhorias para o bem comum de forma coletiva e organizada, como a fiscalização dos serviços e das políticas de saúde, como uma integração entre as pessoas, como expressar sua opinião mediante denúncia e o voto eleitoral, como troca de idéias para construir e direcionar políticas de saúde e como utilização dos serviços de saúde. Dentre estas idéias, a participação entendida como uma busca de melhorias para o bem comum de forma coletiva e organizada, foi o conceito mais citado pelos conselheiros. A instância municipal bem como os conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores de saúde, em ambas esferas governamentais, expuseram um número maior de opiniões sobre o conceito de participação.

O grau de conhecimento sobre as leis que legalizam a participação variou entre as instâncias governamentais e entre os segmentos, onde alguns conselheiros detêm pleno conhecimento e outras noções limitadas. O nível sócio-cultural dos entrevistados não parece ter influenciado as respostas entre as instâncias governamentais e segmentos, e sim a sua vivência de cidadania e o grau de compromisso pessoal com o cargo de conselheiro.

Foram referidos mecanismos institucionais e não institucionais de participação. Dentre os institucionais foram citados: os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde, Conselho Gestor de Saúde, Conselhos locais de Saúde e as Comissões dos Conselhos. Entre os não institucionais foram mencionados: Conselhos de Moradores, Associações, Sindicatos, Federações, Grupos de Diabéticos e Hipertensos, Abaixo-assinado. Os dois tipos de mecanismos foram citados em ambas as instâncias governamentais, sendo o mecanismo não institucional descrito predominantemente pelos representantes dos trabalhadores de saúde e usuários e os institucionais pelos representantes do governo e prestadores de serviços.

Os conselheiros identificaram um número maior de dificuldades que de facilidades para o exercício da participação. Os fatores políticos foram referendados como facilitadores e também como obstaculizantes do processo participativo. Os conselheiros ressaltaram como aspectos facilitadores principalmente a existência de espaços participativos, institucionais ou não, abertura política e democratização dos serviços de saúde e a consciência cidadã. O fator facilitador predominante foi a existência das organizações comunitárias e o segmento que mais se pronunciou foi o do usuário.

Os conselheiros consideraram como principais fatores obstaculizantes a falta de uma atitude participativa do usuário, a falta de conhecimento político do usuário, a falta de uma melhor interrelação entre o conselho e o usuário e entre a mídia e a sociedade, falta de abertura política, a falta de uma visão mais abrangente sobre a saúde por parte dos conselheiros e a dificuldade de utilização e acesso aos serviços de saúde. O entrave prevalente foi aquele de natureza política. Os fatores obstaculizantes foram referidos por todos os segmentos, ressaltando-se que o segmento do governo se pronunciou mais vezes. Em nível municipal os

conselheiros referiram fatores relacionados diretamente aos usuários, ou seja, ao seu comportamento e conhecimento acerca da cidadania. Em nível nacional os conselheiros não se detiveram em aspectos inerentes ao usuário mas, fizeram menção de fatores que estão vinculados à sociedade como um todo a ao próprio conselho.

Sobre a opinião dos conselheiros acerca da visão que os trabalhadores de saúde têm quanto a participação do usuário para a melhoria dos serviços de saúde, foram referidas quatro idéias principais: trabalhador de saúde que aceita e concorda que o usuário pode interferir para melhorar os serviços de saúde; trabalhadores de saúde que condicionam sua opinião a alguns fatores como o conhecimento do usuário acerca de seus direitos, nível sócio-econômico dos profissionais de saúde e sistema de atendimento aos usuários; trabalhadores de saúde que se mantêm indiferentes e se abstêm de se envolver em circunstâncias participativas; trabalhadores que demonstram atitudes completamente adversas à participação do usuário.

Os conselheiros representantes da instância municipal expressaram um maior número de opiniões. Os segmentos dos trabalhadores de saúde e dos usuários descreveram opiniões mais diversificadas sobre o que pensam os trabalhadores acerca da participação do usuário.

Ficou evidenciado que a maioria dos entrevistados tem conceitos consistentes acerca da participação e estão conscientes da importância do papel do usuário no processo participativo, bem como do seu próprio enquanto representante da população nas diferentes instâncias de governo e segmentos deste fórum institucional.

Para finalizar uma capacitação em todo território nacional acerca de aspectos inerentes ao cargo de conselheiro, da legislatura e do processo participativo certamente favorecerá que o conselheiro formule melhor seus conceitos e tenha um desempenho eficiente ao representar população. Estudos qualitativos posteriores mais detalhados poderão dar continuidade a este complementando o que aqui foi discutido e oferecendo subsídios para melhorar o conhecimento e o desempenho dos conselheiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES-PÊGO, R. Participacion socila en salud: un estudio de caso en Brasil. *Revista Salud Pública Mexico*. Disponível em: www.scielosp.org/scielo. Acesso em: 21 nov. 2002

ASSIS, M.M. A.; KANTORSKI, L.; TAVARES, J.L. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 48, n. 4, p. 329-340, 1995

BARROS, E. *O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde*. Incentivo à participação popular e controle social no Sistema Único de Saúde: Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília, DF: Instituto de Educação e Cultura (IEC), 1998.

BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde pública: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 355-365, 1998.

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovenamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislação/lei8142_281290htm. Acesso em: 06 jan. 2004.

BRASIL. Lei orgânica de Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.128, n. 182, p. 18055-18059, Seção I, Pt. 1. 20 de setembro de 1990 .

BRASIL, Ministério da Saúde. *Avaliação do funcionamento dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde*. Brasília, DF, 1995

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS). *A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS/Ministério da Saúde*. Brasília, DF, 2000^a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS). *História do Conselho Nacional de saúde*. Disponível em: www.conselhosaude.gov.br/apresentação.htm. Acesso em: 01 jan. 2003^a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia de referências para o controle social manual de conselheiros*. Brasília, DF: Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, Núcleo de Estudos em Saúde Pública, 1994^a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Para entender a gestão do SUS. *Controle social*. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bus/publicações/progestores/entender_gestão.pdf. Acesso em: 14 out. 2003^b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à saúde. *Avançando para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município*. Brasília, DF, 1994^b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Situação atual do processo de habilitação*. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 30 nov. 2000^b.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: Hucitec e Fundação Osvaldo Cruz (FICRUZ), 1995.

BRICEÑO-LEÓN, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, sup. 2, p. 141-147, 1998.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde no Brasil, participação social e reforma do Estado. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, SP. v.3, n. 1, p. 93-111, 1997.

CELEDON, C., NOÉ, M. Health sector reforms and societal involvement. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 8, n. 1-2, p. 99-104.

COHN A. Descentralização, cidadania e saúde. *São Paulo em perspectiva*. v. 4, n. 6, p. 70-76, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, DF. *História da Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: www.fiocruz.br/histconferencias/contexto8.html. Acesso em: 06 jan. 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília, DF. *História das conferências*. Disponível em: www.fiocruz.br/histconferencias/temas9html#controle. Acesso em: 06 jan. 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996. Brasília, DF. *Relatório da X Conferência Nacional da Saúde*. Disponível em: <http://www.datasus.gov/cns/rel0/cnsframe.htm>. Acesso em: 06 jan. 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000. Brasília, DF. *Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://conselhosau.de.gov.br/11conferencia/anexos/relatorio.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003. Brasília, DF. *XII Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: www.fiocruz.br/ccs/12conferencia/propostas_diretrizes_ms.pdf. Acesso em: 28 jan 2004.

CONILL, E.M. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ. V..16, n.4, p. 963-971, 2000.

CORTAZZO, I.; CUENCA, A. *Nuevas desigualdades sociales. Participación popular para qué?* VIII Congresso Latino Americano de Medicina Social, Habana, Cuba, 1999.

CÔRTEZ, S. M. V. *Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências do Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. Data do documento: 2000.* Disponível em: www.Saúde.gov.br/11CMS/CMS_htm. Acesso em: 23 abril 2001.

COSTA, A. M. *Saúde, eqüidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.* Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2000.

DALLARI, S.G.; ADORNO, R.C.F.; FARIA, M.M.; SHUQAIR,N.S.M.S.A.Q.; TREIWKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. v. 12, n. 4, p. 531-540, 1996.

DEVER, G.E.A. *Epidemiologia na administração dos serviços de saúde.* São Paulo: Pioneira, 1988.

DEMO, P. *Participação é conquista.* 4 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FADULL, W. Minha política nacional de Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.7, n. p. 67-76, 1978.

FORTES, P.A.C. *A ética do controle social e os conselhos de saúde.* Disponível em: <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v5/contsocia.html> . Acesso em: 02 out. 2003.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. *Ciência & saúde coletiva*. v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001.

GOMES, J. Conselho de saúde. *Jornal do Commercio*. Recife, PE. Seção Opinião, p. 9, 19 de março de 2002

GOMES, R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: ed. Vozes, c. 4, p. 67-80, 1994

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. W. *Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, 1996

JACOBI, P. R., TEIXEIRA, M. A. C. Orçamento participativo: co-responsabilidade na gestão das cidades. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, v. 3, n. 10, p. 119-128, 1996.

JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 7, n. 3, p. 443-454, 2002.

LEON, R. B. El contexto político de la participación comunitária en América Latina. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, s. 2, p. 141-147, 1998.

LIMA, A.P.G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde pública*, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U., São Paulo, p. 99, 1986.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: TAVARES, R. W. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MENDES, E.V. *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília, DF. Organização Panamericana de Saúde (OPS), 1993.

MINAYO, M.C.S O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Sa'pude.In: Fase Exploratória da Pesquisa em Saúde.5ª edição.São Paulo.Hucitec – Abrasco, cap.2.p.89,1992

MULLER NETO, J. Política de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, v. n. 31, p. 54-66, 1991.

NETO, O.C. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.Petrópolis, RJ: ed.Vozes,c.3,p.51-66,1994

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: TAVARES, R. W. *Saúde no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

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

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v.32, n. 4, 299-316, 1998.

PAIM, J. S. *Saúde, crises, reformas*. Salvador: Centro Editorial e didático da UFBA, 1986.

PALOMO, L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. v.16, n. 2, p. 182-187, 2002.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 13, n.4, p. 741-748, 1997.

PEREZ, R.C.; TEZOQUIPA, I.H. Opiniones de los diversos actores sobre la participacion comunitaria en salud y planificación familiar. *Revista Salud Publica do México*, v. 35, n.4 , 1998. Disponível em: www.insp.mx/salud/35/354-7s.html.

PERUZZO, C.M.K. *Convicção nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania*. São Paulo, SP. Ed. Vozes Cap. 2, p. 73-98. 2^a edição, 1998.

PESSOTO, U.C.; NASCIMENTO, P.R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, v. 13, n.1, p.81-92, 1997.

RODRIGUES, N. S.; FERREIRA, B.M.S.; CUNHA, C.A C.; REIS, D.; CARTAXO, F., RIBEIRO, G. C.; FIGUEIREDO, L.M.C.; FACCENDA, M. C. B.; HENRIQUE, P.; SILVA, P. J.S.; NEDEL, R.G. A prática do controle social através dos Conselhos de Saúde. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, n. 22, p. 71-89, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde. IN: Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. 2 ed. Brasília, DF, 1998.

ROSSEAU, J. J. Do contrato social, In: *Os pensadores*. São Paulo: Relume Dumará, 1983.

SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970 – 1980)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, M. Há duas políticas hoje no Brasil: a das grandes empresas e a dos pobres. *Problemas Brasileiros*, v. n. 340, p. , 2000.

SCHERRER-WARREN, I. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Loyola, 1993.

SILVA, R.J.G.; SOUSA, R.M.S. Democracia e participação na política de saúde. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí (RASPP)*, v. 2, n. 1, p.15-23, 1999.

SULLIVAN, K. R. E EBRAHIM, G. J. Métodos de Pesquisa em Saúde Materno Infantil.e. Bargaço Ltda. Recife, PE. C.14,p.231-251, 1996.

TEIXEIRA, S. M. F. *Reforma Sanitária em busca de uma Teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

TERAZON MICLIN, O.; MIYAR ABREU, R.; OROSCO GONZÁLES, I.; ÁLVARES PUIG, N.; VALLEJO PORTUONDO, G.; Administración estratégica local y su repercusión en la participación social en salud. *Revista Cubana Med. Gen. Integr.*, v. 15, n. 4, p. 386-390, 1999.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de saúde pública*, v. 14, s. 2, p. 7-18, 1998.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Caderno de saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C. M. Formação de conselheiros de saúde e a prática cidadã de participação no planejamento, gestão e controle dos serviços de saúde. *Informativo do*

Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM). São Paulo, v.1, n. 3, p. 45-55, 2002.

ANEXO I

ENTREVISTAS INDIVIDUAIS AOS MEMBROS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Data: ____/____/____ Início: _____
Local: _____ Término: _____
Município: _____ Duração: _____
Nome: _____ Data.Nasc.: ____/____/____
Grau de Instrução: _____ Atividade/Função _____
Endereço: _____

Referência: _____
Entrevistadores (as) _____

1º - Segmento do Conselho de Saúde que representa e forma de eleição.

2º - Atribuições referentes ao segmento que representa no Conselho de Saúde.

3º - Definição de participação social.

4º - Opinião sobre participação nos Serviços de Saúde.

5º - Conhecimento sobre as leis que garantem aos usuários o direito de participar no controle de qualidade dos Serviços de Saúde.

6º - Conhecimento dos mecanismos de participação do usuário nos Serviços de Saúde. Cite.

- 7º - Fatores que facilitam a participação dos usuários nos Serviços de Saúde.
- 8º - Fatores que dificultam a participação dos usuários nos Serviços de Saúde.
- 9º - Características de um Serviço de Saúde de boa qualidade.
- 10º - Características um Serviço de Saúde de má qualidade.
- 11º - Opinião sobre como a participação do usuário pode interferir na qualidade dos Serviços de Saúde.
- 12º - Visão do pessoal de saúde sobre o envolvimento do usuário na garantia de qualidade dos Serviços de Saúde.
- 13º - Mecanismos ou procedimentos que o Conselho tem para conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade dos Serviços de Saúde
- 14º - Sugestões ou reclamações mais freqüentes dos usuários.
- 15º - Formas de discussão/encaminhamento destas sugestões/reclamações no Conselho.
- 16º - Aspectos incluídos no plano de trabalho do Conselho de Saúde visando a qualidade dos Serviços de Saúde.
- 17º - Mecanismos utilizados pelo Conselho para acompanhar e avaliar a implementação das decisões.
- 18º - Mudanças observadas com a atuação do Conselho sobre a qualidade dos Serviços de Saúde.

19º - Formas ou estratégias do Conselho para informar ao usuário sobre a sua atuação.

20º - Propostas ou aprovação pelo Conselho de algum orçamento para financiar atividades de participação do usuário como encontros, seminários, etc.

Se sim:

20.a. Quais ?

20.b. Quando ?

20.c. Foram executados ?

20.d. Foi avaliada a execução ?