UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Laura Christina Macedo

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

MACEDO, Laura Christina.

**Participação e Controle Social na Área de Saúde: uma revisão
bibliográfica.**/ Laura Christina Macedo. — Ribeirão Preto, 2005. 118p.

Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Palha, Pedro Fredemir

1. Controle social. 2. Participação popular. 3. Sistema Único de Saúde.

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

**Participação e controle social na área de saúde:
uma revisão bibliográfica**

Laura Christina Macedo
Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Inserida na Linha de Pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Ribeirão Preto

2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laura Christina Macedo

Participação e Controle Social na Área de Saúde: uma revisão bibliográfica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Joaquim e Brígida, meus primeiros mestres. De vocês herdei mais do que o gosto pela música. Você Pai, além do prazer da leitura, despertou-me para a reflexão sobre a vida, a ética, o respeito ao próximo e ao mundo... Sua postura sempre foi meu porto seguro diante das batalhas pelo que acredito. De você herdei minhas convicções. Mãe você é a mestra que gerou em mim a ânsia de aprender através das suas letras, gravuras... Ao crescer descobri seu jeito de amar nossa família respeitando sempre as diferenças. Com você aprendi também a lutar sem desistir. Pai e Mãe, eis um dueto perfeito.

Aos meus irmãos Leandro e Luiz Ricardo amigos em todos os momentos, cada um a seu modo, compreendendo minhas reações de insegurança, nervosismo, tristeza, isolamento e euforia pelas quais passei durante esse processo. Que bom que tenho em vocês dois companheiros.

Aos meus avós, José, Brígida, Maura, exemplos vivos de força, carinho e fé. Vocês são as raízes que dão suporte à nossa família. Alceu... Hoje uma lembrança permeada de doçura... Quanta saudade!

Às minhas madrinhas Maria Helena e Maria José e minhas tias, Regina, Telma e Carmem Railda vocês também foram um pouco minhas mães, me apoiando, zelando por mim e orando pra que tudo desse certo.

À Tatiana e à Cinara, que nos últimos tempos me deram o prazer de entender como é ter irmãs. Obrigada por me adotarem tão espontaneamente.

A todos os meus familiares, que por algum motivo eu não estive tão próxima quanto eu gostaria. Vocês também são parte desse capítulo da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui minha gratidão aos que compõem as minhas famílias: Queiroz Macedo; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP; e Centro Universitário do Triângulo - UNITRI.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha por sua inesgotável paciência diante da minha insegurança, por seu jeito firme porém sempre carinhoso de me incentivar diante do cansaço, por ter compartilhado comigo mais do que seus conhecimentos, seu jeito de ser... Humano. À Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, seu incentivo no momento crucial de decisão fez com que eu desse o primeiro passo rumo à concretização do trabalho que hoje toma forma. Às Profas. Ana Maria de Almeida e Eliete Maria Silva as primeiras dentre todos os que confiaram na minha competência, responsáveis por despertar ainda na graduação o prazer que hoje tenho em pesquisar.

À minha escola, EERP-USP, agradeço a todos os funcionários de todos os setores sem exceção. Vocês são minha segunda família.

Aos colegas da UNITRI, que compartilharam comigo esse período de dupla jornada de trabalho na pessoa da Profa. Ione Lana da Silva. E, especialmente às equipes do primeiro e do sétimo períodos: Aída, Edméia, Vianney, Clélia, Cristina, Iara, Jacqueline, Marisa, Mônica, Rosana e Wellington, com as quais compartilhei mais intimamente minhas angústias na constante construção do “ser mestre”.

Aos meus amigos, uns de longa data outros mais recentes, porém todos importantes... À minha querida amiga Carol Ortiz, colega desde a graduação, que me acolheu de forma tão fraterna nas horas mais decisivas, bem como aos demais moradores da Casa do Pós-Graduando. Ao Júlio César, que sempre esteve presente através, de e-mails, telefonemas e, muitas vezes me socorrendo nas minhas batalhas contra o computador! Ao Fábio, por surgir de maneira tão especial, me dando uma injeção de alegria e ânimo, me fazendo acreditar nas relações sinceras.

A todos meu amor, meu respeito, meu reconhecimento. Muito obrigada!

RESUMO

MACEDO, L. C. **Participação e Controle Social na Área de Saúde: uma revisão bibliográfica** / Ribeirão Preto. 2005. 118p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, 2005.

Ao se estudar a história do desenvolvimento da participação e do controle social no Brasil, nota-se que a evolução cronológica busca a legalização do direito à participação e ao controle social, conquistado principalmente através dos movimentos sociais organizados a partir da década de 70. Este trabalho analisou a produção científica a respeito da participação e do controle social no setor saúde, no Brasil, no período advindo da Carta Constitucional de 1988, através de artigos indexados na base de dados LILACS, nos últimos dez anos. Para a análise, os artigos foram classificados de acordo com o tema correlacionado com a participação e o controle social. Ao analisar os dados foi possível concluir que apesar do direito de participação e controle social estar garantido pela legislação vigente, o processo para a construção desses direitos caracteriza-se por vários desafios na consolidação do direito à saúde conquistado através da Constituição Cidadã. O aumento do número de espaços formais para essas atividades não garante a qualidade dessa participação. Ou seja, é preciso avaliar se os espaços institucionais têm sido usados para a tomada de decisões em favor dos interesses coletivos, de forma democrática, ou se apenas surgiram novos espaços para a representação de velhos interesses corporativistas e individuais.

Palavras-chave: Controle social. Participação popular. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

MACEDO, L.C. **Participation and Social Control at Health Area: A bibliographic revision** / Ribeirao Preto. 2005. 118p. Dissertation (Master) School of Nursery of Ribeirao Preto / USP – Concentration Area: Public Health Nursery, 2005.

The studies of history development of participation and social control at Brazil, say that the chronological evolution is after to legalised the directs for participation and social control, guaranteed, primary, for the socials movements organised from the decade of 70ths. This work analyses the scientific production of respect to the participation and social control in the health area, at Brazil, in the period forward of the Constitutional Letter of 1988, for all the articles available at LILACS's base, in the last ten years. In order to do this analysis, the documents were separated in the subject of participation and social control and correlated. From analysing the base was possible to assume that, although, the directs of participation and social control are guaranteed for the law, the process of construction of these directs, are characterised by many challenges to the consolidation of directs to the health got from the citizen constitution. Although, there are more formal spaces to those activities, the quality of this participation is not guaranteed. It means, that is necessary to evaluate if those institutional spaces are used to the decision process in favour of the commum interest, in a democratic way, or if only exist new spaces to represent the corporation old interest and individuals ones.

Key-words: 1. Social control. 2. Public participation. 3. Health Unique System.

RESUMEN

MACEDO, L.C. **Participación y Control Social en la Área de la Salud: una revisión bibliográfica** / Ribeirao Preto. 2005. 155p. Disertación (Mestrado) Escuela de Enfermagen de Ribeirao Preto / USP – Área de concentración : Enfermagen en la Salud Pública, 2005.

Em el estudio de la historia del desarrollo de la participación y del control social en Brasil, le observa que la evolución cronológica busca la legalización del derecho a la participación y al control social, asegurado especialmente por los movimientos sociales ordenados a partir de la década de 70. Este trabajo analizó la producción científica con respecto a la participación y del control social en el seguimiento de salud, en Brasil, en el período avenida de la Carta Constitucional de 1988, por los artículos indexados en la base de datos LILACS, en los últimos diez años. Para la análise, los artículos fueron calificados de acuerdo con el tema correlacionado a la participación y el control social. Analizando los datos fue posible deducir que a despecho del derecho de la participación y control social estar garantizado por la legislación actual, el proceso para la construcción de estos derechos se caracteriza por los vários desafíos en la consolidación del derecho a la salud obtenido por la Constitución Ciudadana. El incremento en el número de espacios formales para estas actividades no garantizan la calidad de esta participación. O sea, es necesario evaluar si los espacios institucionales son utilizados para la toma de decisiones al favor de los intereses comunes, de manera democrática, o si sólo surgiran nuevos espacios para la representación de los intereses viejos de la corporación y individuales.

Palavras-clave: 1. Control social. 2. Participación popular. 3. Sistema Único de Salud.

SUMÁRIO

Resumo	v
Abstract	vi
Resumen	vii
 APRESENTAÇÃO	 9
2. OBJETO DE ESTUDO E SEU REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 A EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE – 1920 A 1964:	14
2.2 PERÍODO DITATORIAL – A EXCLUSÃO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL:	18
2.3 PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA – CONQUISTAS PARA A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL	27
2.4 ARCAFOUÇO JURÍDICO LEGAL, A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NOS ANOS 90 – AMPLIAÇÃO DE POSSIBILIDADES	31
3. OBJETIVOS	42
OBJETIVO GERAL.....	42
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 O PROCESSO TEÓRICO METODOLÓGICO	43
4.2 O CAMINHO PERCORRIDO.....	49
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	53
5.1 ÉTICA E CIDADANIA NA REPRESENTAÇÃO DOS CONSELHEIROS	53
5.2 LEGISLAÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL	64
5.3 INFORMAÇÃO E SAÚDE E RELAÇÃO COM A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115

Apresentação

Acredito que as escolhas feitas diariamente são influências do lugar de onde viemos, das pessoas com quem convivemos, das oportunidades que conquistamos e principalmente dos desafios que nos propomos a enfrentar. O trabalho aqui apresentado reflete o caminho percorrido durante os últimos anos na tentativa de analisar um tema que está refletido diariamente na vida de usuários e profissionais do setor saúde: a participação e o controle social.

O caminho percorrido começa em 1995, quando saí de Frutal – MG para cursar a graduação em Enfermagem. Queria conhecer a realidade do sistema de saúde e me preparar para atuar na área. Em 1997 ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Desde então, o espírito crítico entranhado na Universidade de São Paulo permeou toda minha formação. As oportunidades de trabalhar com a Profa. Dra. Eliete Maria Silva em atividades de estímulo à participação social na Comissão Local de Saúde do bairro Santa Cruz em Ribeirão Preto e de desenvolver um projeto de pesquisa de iniciação científica sobre a qualidade da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto (orientada pela Profa. Dra. Ana Maria de Almeida e com apoio da FAPESP) acentuaram meu interesse pela área de pesquisa.

Com a conclusão da graduação, em abril de 2000, fui exercer a enfermagem no interior do Estado de Minas Gerais. Trabalhei em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) que atuava na zona rural de um município cercado por lavouras de café. A cafeicultura ditava o perfil econômico da região e a cidade se caracterizava por acirradas disputas políticas. Neste contexto o

clientelismo tornou-se evidente, o que me fez questionar se o exercício do controle social pela comunidade poderia ser fator determinante de uma melhor qualidade de vida e saúde desejada tanto por profissionais quanto por usuários.

Nesse período, o treinamento introdutório realizado para as ESF pela Direção Regional de Saúde de Uberaba em conjunto com a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e Universidade Federal de Minas Gerais (coordenado pelas professoras Iranilde e Maria Isabel com tanta sensibilidade), despertou-me para a função do enfermeiro da ESF como agente de fomento da participação e controle social sobre os recursos de saúde. Mais do que um profissional que exerce técnicas e toma decisões administrativas, reconheci a possibilidade de o enfermeiro atuar junto à comunidade através de um trabalho direcionado para a auto-responsabilização das pessoas com seus destinos e sua saúde, de forma individual ou coletiva.

Depois desta breve experiência, passei a trabalhar com saúde da família no sul do Estado de São Paulo. Apesar de estar atuando no Estado considerado o mais rico da federação, a realidade era marcada por falta de recursos humanos e materiais, além do corporativismo dos prestadores de serviço, incompatível com o funcionamento adequado do Sistema Único de Saúde. Isso evidenciava que mais do que boa vontade de alguns profissionais e o desejo do gestor, a participação social era uma estratégia indispensável na reorganização da estrutura municipal de saúde e não apenas mais um princípio do SUS.

Após um ano de formada tive a oportunidade de retornar a Ribeirão Preto, como enfermeira da Equipe de Saúde da Família do Núcleo de Saúde

da Família II, que começava a funcionar por meio de convênio entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), a EERP-USP, o Centro de Saúde Escola (CSE) e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Diferentemente das equipes anteriores, quando trabalhei em comunidades rurais, em Ribeirão Preto atuei em um dos bairros mais antigos deste município que já foi conhecido como “Califórnia Brasileira” pela prosperidade gerada principalmente pelo desenvolvimento do setor sucro-alcooleiro na década de 90.

Apesar de o sistema saúde municipal ser referência para a região, e até para outros Estados, e mesmo existindo um canal mais organizado para a participação social, continuei percebendo a dificuldade de trabalhadores e usuários considerarem saúde como direito de cidadania, conquistado pelo movimento da Reforma Sanitária e legitimado através da atual Carta Constitucional Brasileira, dando a devida importância à utilização dos espaços formais existentes para a discussão de questões de interesse coletivo.

A chance de compartilhar conhecimentos, responsabilidades e preocupações com uma equipe rodeada por professores e alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia, aguçou ainda mais o interesse sobre um questionamento encontrado no exercício diário da profissão: como tem se dado a participação e controle social na área de saúde? Isso fez com que eu procurasse a Escola que me iniciara na pesquisa para que, como aluna do curso de pós-graduação, pudesse trabalhar esse tema em um projeto de pesquisa na linha de pesquisa: Saberes, Práticas e Políticas de Saúde.

Acolhida pelo Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, pude escolher disciplinas a serem cursadas e, através delas fui desafiada a desconstruir idéias pré-concebidas sobre a saúde, o “ser pesquisador” e a relação entre eles e a realidade do exercício da pesquisa para começar a dar forma a esta dissertação. Em “Seminários Sobre Pesquisa em Saúde I” foi possível chegar à delimitação do tema, à opção pela pesquisa bibliográfica e à definição dos objetivos, enquanto as disciplinas A Pós-Graduação e o Pós-Graduando: Formação e Pesquisa, Políticas de Saúde, Epidemiologia Geral, Modelos de Atenção em Saúde e Gestão do Processo de Trabalho em Saúde – Repensando as Teorias Gerenciais do Trabalho, ajudaram na construção do embasamento teórico.

Assim, neste trabalho através da retomada da trajetória da participação social no setor saúde, foi possível entender o processo de busca da sociedade pelo controle sobre as ações de saúde produzidas pelo Estado e a construção da proposta da participação e do controle social na área de saúde, existente na atual Carta Constitucional Brasileira. Também se identificou como a participação e o controle social permeiam as discussões produzidas por pesquisadores dos mais diversos eixos de pesquisa.

Além disso, a participação e o controle social mostram divergências e congruências, diversas propostas de atuação e vários obstáculos enfrentados pelos atores sociais envolvidos no processo. No entanto há um consenso: a participação efetiva e consciente da comunidade e o controle da sociedade sobre as ações do Estado são conquistas democráticas indispensáveis para a consolidação dos direitos sociais.

2 O objeto de estudo e seu referencial teórico

2.1 A evolução da participação e do controle social na área de saúde – 1920 a 1964

Ao se discutir a participação e o controle social no sistema de saúde Brasileiro, pode-se afirmar através de Jacobi (2002, p.447) que:

A consolidação de propostas participativas representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercitáveis e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização. Nesse sentido um dos maiores desafios de uma proposta participativa ampliada é o de garantir a definição de critérios de representação, de forma a impedir tanto a sua manipulação por grupos guiados por interesses particularizados, como a possibilidade da sua instrumentalização pela administração pública.

Portanto, para entender como a participação social ocorre hoje e qual a sua importância, é preciso refazer o caminho do processo de descentralização, atrelando-o ao papel exercido pela população nas diversas situações por ela enfrentada até a conquista da saúde como um direito de todos e um dever do Estado conforme a Carta Constitucional de 1988.

Desde sua origem, o Brasil tem como particularidade nas ações de saúde governamentais a predominância das ações de saúde pública e campanhas de prevenção.

A assistência médica passou a fazer parte das ações asseguradas à população brasileira através da Lei Eloy Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. O seguro de acidentes de trabalho já tinha sido criado em 1919, mas o Decreto 4682 de 24 de janeiro de 1923 criou as CAPs

nas empresas de estrada de ferro, estendendo-as às demais empresas, exceto àquelas que tivessem menos de cinquenta empregados, para as quais a aplicação da lei era facultativa (Cohn, 1996).

As CAPs eram organizadas pelas empresas por meio de um contrato compulsório de forma contributiva, e tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica a seus filiados e dependentes. A lei foi uma resposta aos movimentos populares urbanos, ao mesmo tempo em que assegurava a manutenção da mão-de-obra incorporada ao mercado de trabalho urbano-industrial (Cohn, 1996).

A iniciativa do Estado de implementar um seguro social que controlasse os segmentos de trabalhadores de setores essenciais à economia brasileira vem ao encontro da necessidade de disciplinar essa forma de trabalho, que acontecia de forma altamente predatória por parte dos empregadores, bem como de assegurar aos trabalhadores formas mínimas de sobrevivência frente aos acidentes de trabalho e às conseqüências do esgotamento de sua capacidade para o exercício da função (Cohn, 1996).

O caráter assistencialista e não-universalizante do seguro social e, conseqüentemente, do modelo assistencial elegia como população-alvo os grupos assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados.

Cortes (1988) reforça que desde a década de trinta os dirigentes políticos e acadêmicos consideravam que o Estado deveria ser o condutor do crescimento econômico e do bem-estar social, sendo que a grande distância entre os objetivos propostos e a realidade marcada por enormes problemas

sociais e econômicos justificaria a defesa do planejamento e execução centralizados.

Essa idéia reforça a exclusão da população na tomada de decisões. Uma política social controladora foi a forma de absorver em limites bastante estreitos os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo em que os excluía dos mecanismos de participação social na esfera pública previdenciária. No entanto havia insatisfação por parte dos usuários com um sistema que não os consideravam por sua condição de cidadão, mas pelo valor de sua contribuição para o setor econômico. O sistema previdenciário então instituído foi também uma tentativa de resposta a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho.

Com a mudança do modelo agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês, após o início do processo de industrialização, surge o proletariado urbano, com novas demandas. A atuação do Estado não mais visava evitar endemias, mas recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação de capital. Assim o sanitarismo camponês foi substituído por políticas previdencialistas estendidas às categorias de trabalho com maior grau de importância para a produção. (Correia, 2000, p.29)

Em 13 de janeiro de 1937, a Lei n. 378 determinou o surgimento das Conferências Nacionais de Saúde, que deveriam ser realizadas em intervalos máximos de dois anos. Com a instituição do Estado Novo, em 10 de novembro do mesmo ano iniciou-se o período ditatorial. Assim, na I Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro entre 10 e 15 de novembro de 1941, não houve participação social nos debates das políticas públicas de saúde (Celsatina, 2005).

Na década de 30 o sistema previdenciário passou por uma profunda reformulação. Numa conjuntura marcada pela grave crise econômica mundial, que levou o país a buscar uma nova forma de inserção no mundo capitalista, e

por graves tensões políticas e sociais internas, os setores assalariados eram exatamente os que sofriam os efeitos das crises sucessivas na economia de exportação (Cohn, 1996).

... Com o processo de industrialização, desenvolve-se o proletariado urbano e, com ele, novas demandas. O Estado passa a assumir a 'questão social' como âmbito de intervenção estatal por meio de políticas assistencialistas/previdencialistas (Correia, 2000. p. 29).

Mesmo com a reivindicação dos usuários para assumirem o controle das estruturas previdenciárias, entre os anos de 1933 e 1938 as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Destaca Mendes (1993) que por falta de uma base atuarial na previdência social brasileira, os IAPs foram organizados sob uma doutrina de contenção de gastos.

Assim como as CAPs, os IAPs eram entidades públicas autárquicas que se diferenciavam principalmente pela presença direta do Estado na administração, além de serem estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas como as CAPs (Correia, 2000).

Os IAPs tinham um caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade e, para reforçar a exclusão dos usuários nas tomadas de decisões, o colegiado com participação dos empregados e empregadores perdeu o poder deliberativo. A direção passou a ser executada por um funcionário executivo, assessorado por um colegiado apenas consultivo, o que tornava os segmentos das classes assalariadas vulneráveis aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes na razão inversa da sua capacidade de organização em defesa de seus interesses. Os sindicatos mais atuantes e menos peleguistas, contavam com

benefícios que outros Institutos não contemplavam, além de uma prestação de assistência médica bastante superior aos demais IAPs (Cohn, 1996).

Enquanto nos anos 20 a assistência médica era atribuição permanente e obrigatória das CAPs, no período dos IAPs, especialmente no momento autoritário (1930 a 1945) quando a preocupação da previdência social era de caráter contencionista, a assistência médica foi reforçada como função provisória e secundária (Mendes, 1993).

Nesse período o Estado intensificou a repressão à demanda dos trabalhadores. Mesmo a maior mobilização de algumas categorias não foi suficiente para imprimir sua marca no modelo previdenciário que então se reformulava. Tal como nas CAPs, o direito aos benefícios e às prestações de serviços dos IAPs se constituía não como função de condição de cidadão, e, sim, como reconhecimento da situação ocupacional oficialmente legitimada e vinculada a uma obrigação contratual de caráter contributivo (Cohn, 1996). Do ponto de vista político, incrementou-se o papel regulador do Estado além de serem expulsos os trabalhadores do controle da previdência social (Mendes, 1993).

Polarizou-se a questão previdenciária numa disputa entre Estado e trabalhadores: o Estado defendia a permanência das características clientelísticas e resistia a qualquer forma de controle reivindicada pelos seus principais financiadores – os trabalhadores assalariados urbanos. Já os usuários organizavam reuniões e encontros de trabalhadores em que o controle da Previdência era reivindicado, desde a sua gestão até a não-aceitação de médicos indicados pelos Institutos e, portanto, pelo Estado, alegando que estes eram contrários aos seus interesses (Cohn, 1996).

Nesse contexto histórico, a II Conferência Nacional ocorreu em 1950. Assim como a primeira, ela esteve mais próxima de um encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde e dos Estados. As discussões concentraram-se nas condições de higiene e segurança no trabalho e na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (Cesaltina, 2005).

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social propõe a universalização dos benefícios prestados pelos IAPs, passando a Previdência Social a assumir a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários.

Após um período de 13 anos sem a realização das Conferências de Saúde, de 9 a 15 de dezembro de 1963, durante o governo do então presidente João Goulart, o setor saúde passou a discutir a descentralização e a municipalização na III Conferência Nacional de Saúde. Nas teses elaboradas para conduzir o debate estavam traçar um perfil sanitário brasileiro para que, partindo do conceito que a saúde é incompatível com a pobreza, fossem distribuídas atribuições entre as três esferas governamentais e se discutisse a municipalização dos serviços de saúde (Cesaltina, 2005).

2.2 Período Ditatorial – a exclusão da participação e controle do social

“A seqüência de fatos políticos - o fim do populismo e o início do período de ditadura militar – determinou a realização de quatro Conferências que tiveram novamente caráter técnico” (Cesaltina, 2005, p.1).

Com o golpe militar em 1964, aumentaram-se a racionalização e a centralização do aparelho estatal nas políticas sociais. Dando continuidade à concentração da Previdência Social, em 1966 os IAPs foram substituídos pelo

Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios que eram bastante diferenciados (Correia, 2000).

Os serviços médicos passaram a ganhar importância na troca de favores políticos e, mesmo com o aumento de recursos, o sistema previdenciário já dava os primeiros sinais de sucateamento. Algumas características que Mendes (1993) co-relaciona entre os sistemas previdenciário e de saúde são: o aumento dos gastos sem atender às demandas sociais expressando a ineficiência do Estado; a clientela continuava sendo o trabalhador urbano formalmente inserido no mercado de trabalho, sobretudo os vinculados aos setores de ponta, sendo prestado tratamento diferenciado tanto no acesso quanto na qualidade técnica do atendimento e hotelaria; ao mesmo tempo avançava-se o discurso universalizante da cobertura.

Nesse período, de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, durante a IV Conferência Nacional de Saúde, discutiu-se a formação de recursos humanos para a atividade no setor, além do combate à malária (Cesaltina, 2005).

Apesar da extensão da cobertura previdenciária através da implantação do FUNRURAL e do Plano de Pronta Ação (PPA) que, respectivamente, estendeu a cobertura aos trabalhadores rurais e universalizou a atenção de urgência, o sistema continuou marcado pela fragmentação institucional, pela centralização das receitas públicas e da exclusão da população nos processos decisórios, além da opção do Estado pela compra de serviços privados pela criação de complexo médico-industrial que reforçava o caráter curativo e especializado, baseado na tecnificação do ato médico. Um modelo caro e pouco resolutivo que acentuava as diferenças e piorava a qualidade de vida da população (Cohn, 1996).

Dada a importância política que a Previdência Social assumiu no interior do regime militar como meio privilegiado de relação direta entre as massas trabalhadoras e o Estado e, sobretudo, o volume de recursos arrecadados, em 1974 é formado o Ministério de Previdência e Assistência Social (Cohn, 1996).

Também a partir de meados da década de 70, a ditadura militar começa a perder a legitimidade e movimentos de oposição ao regime surgem em vários setores. Aparecem experiências municipais de participação social na gestão pública, como relata Daniel (1994) (apud Correia, 2001, p.55):

... a partir de experiências no campo da gestão municipal, como a de Lages (SC), e práticas construídas nos movimentos sociais – conselhos populares de Saúde da Zona Leste de São Paulo, Conselho Popular do Orçamento de Osasco, Assembléia do Povo de Campinas, entre outros (...) essas experiências participativas se multiplicaram.

Wendhausen (2002) sinaliza a organização popular através da criação dos departamentos de medicina preventiva de algumas universidades que, associados aos movimentos eclesiais da igreja católica e, somados à evidência do fracasso do milagre econômico e à vitória em 1974 do partido de oposição (MDB), expõem ainda mais a crise de legitimidade do regime militar.

No entanto, Wendhausen (2002, p.108) também relata a tentativa de fechamento e centralização das ações governamentais pelo governo militar:

Em 1970 o Conselho Nacional de Saúde adquire feições de um órgão técnico, com funções normativas, legitimado pelo Estado, que tinha como fim compatibilizá-lo com o processo de privatização da saúde em andamento no País. Seus membros são indicados pelo Estado: com exceção dos representantes de outros ministérios, todos os conselheiros eram indicados pelo Ministro da Saúde (Carvalho, 1995). Estas práticas exemplificam o fechamento do Estado sobre si mesmo e são exacerbadas após a revolução de 1964, quando se institui a ditadura militar no Brasil.

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surge a Lei 6.229 que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e

das privadas e propondo mecanismos de integração e coordenação. Essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais, ficando a atenção coletiva a cargo do Estado e a atenção à saúde das pessoas para o setor privado (Mendes, 1993). Neste mesmo ano, entre os dias 5 e 8 de agosto, foi realizada a V Conferência Nacional de Saúde cujas discussões se concentraram na descentralização através da criação das coordenadorias regionais de saúde (Cesaltina, 2005).

Sob influência das agências internacionais os dirigentes políticos passaram a defender idéias de ajustamento estrutural através de políticas que reduzissem drasticamente o tamanho do aparelho estatal. A partir do final da década de 70, a Previdência Social perdeu gradualmente a importância como fonte de recursos para investimento nos setores básicos da economia, para servir mais ao controle da capacidade produtiva e da força de trabalho (Mendes, 1993). Em 1976, foi implantado no Nordeste o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Para dar suporte a esse programa, o governo criou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde, através de um convênio com o MS/ MEC/ OPAS. No entanto, a expansão dos direitos sociais de participação no processo decisório ainda estava descartada.

Mas a idéia de participação foi reforçada pelo surgimento de movimentos dos trabalhadores de saúde, especialmente através das organizações sindicais médicas, contrárias a este modelo, que apareceram em todo país paralelamente à implantação do modelo médico-assistencial privatista. Apesar do fechamento de quase todos os canais de expressão política, as universidades que resistiram à ação coercitiva do Estado, passaram a ser o

principal reduto de contestação ao regime autoritário. Os Departamentos de Medicina Preventiva aglutinavam e difundiam o pensamento crítico (Wendhausen, 2002). Em 1976, funda-se o Centro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista.

Em 1977, a parte dos benefícios da assistência médica foi separada da parte dos benefícios da previdência social, ficando a primeira a cargo do INAMPS, enquanto a previdência social continuava sob a responsabilidade do INPS. Enquanto isso, na Sexta Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu também em 1977, além do controle das grandes endemias, discutiu-se a ampliação do sistema de atendimento através da interiorização dos serviços de saúde (Cesaltina, 2005).

Em setembro de 1978, durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, reitera-se que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças, sendo um direito humano e cuja realização exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde. A preocupação com as desigualdades no estado de saúde das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento faz com que sejam discutidos dentre outras questões, o direito e o dever da população de participar do planejamento e da aplicação da atenção em saúde e, a obrigação dos governos de cuidar da saúde de seu povo.

Pactua-se entre governos e organizações internacionais o compromisso de se somarem esforços para que todos os povos do mundo alcancem no ano 2000 um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. A saúde é colocada como reflexo das condições econômicas e consequência das características sócio-culturais e políticas de cada país. Para isso a Conferência (1978) em seu relatório final recomenda que a atenção em saúde esteja pautada em práticas cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade e com participação plena dos mesmos. Nesse sentido, a atenção primária seria, então, uma parte integrante do sistema de saúde, sendo o primeiro contato dos usuários com o sistema. Ela iria o mais perto possível de onde as pessoas residem e trabalham, e se constituiria no primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária.

Sobre a participação comunitária na atenção primária à saúde, a Conferência (1978) em seu relatório, reforça que os governos estimulem e assegurem a plena participação da comunidade mediante a difusão eficaz de informações pertinentes, incrementem a alfabetização e estabeleçam o marco institucional necessário que permita aos indivíduos, família e comunidade serem responsáveis por sua saúde e bem-estar.

No entanto, no Brasil, neste período, o entendimento de atenção primária, segundo Mendes (1993), era reducionista e seletivo, prestada especialmente através dos programas de medicina simplificada ou de estratégias de sobrevivência de grupos de risco, executada com recursos marginais, para populações marginalizadas, efetuada por pessoal de baixa qualificação e sem possibilidade de referência a níveis de maior complexidade

tecnológica. Ainda não passava pelos planos do governo uma abertura para o controle social dos serviços de saúde.

Dentro deste cenário, surgiram as Ações Integradas de Saúde, AIS, propunham mudanças na relação entre o setor público e o privado, passando a privilegiar o financiamento do setor público e pretendiam alterar o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna no setor público, dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura assistencial e melhorando a qualidade dos serviços. Elas consistiam em uma estratégia de integração programática entre instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais, no âmbito de cada unidade federada, com o objetivo de desenvolver os sistemas estaduais de saúde, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e em consonância com a Política Nacional de Saúde. Visavam promover a reorganização do setor por meio da regionalização e da hierarquização das ações e dos serviços de saúde, com ênfase na assistência básica e na definição de mecanismos de referência e contra-referência, com adscrição da clientela (Luchese, 1996). Para Wendhausen (2002), as AIS esboçavam sinais concretos de institucionalização da participação social.

Luchese (1996) coloca que as AIS tinham como metas: desenvolver um processo integrado de planejamento, de programação e acompanhamento da rede de saúde; reforçar mecanismos gerenciais locais; descentralizar o processo decisório para o nível local, inclusive quanto à definição de prioridades e à aplicação de recursos financeiros. Dessa forma estabeleceram-se princípios estratégicos de universalização e de equidade do acesso, integralidade das ações (preventivas e curativas) e de organização dos

serviços em um único sistema, além de valorizarem a participação de diferentes segmentos da população na definição de necessidades, prioridades e políticas e no processo de avaliação da assistência prestada.

Embora o discurso oficial do governo fosse de que as AIS estavam sendo implantadas com o objetivo principal de integração/ descentralização, na realidade elas se constituíam principalmente em uma estratégia de expansão de cobertura a baixo custo, que deveria realizar-se através da recuperação da capacidade instalada ociosa dos serviços estaduais e municipais de saúde (Pimenta, 1993). Portanto, segundo Pimenta (1993), naqueles municípios que já possuíam experiência de organização de serviços de saúde, as AIS se implantaram de maneira bem diferente daqueles que não possuíam serviços próprios de saúde ao nível municipal. Enfim, as AIS não conseguiram romper com a visão privatista do modelo de saúde, ao contrário, reproduziram na rede pública as relações distorcidas de estímulo à produtividade, valorizando as ações individuais e curativas e descuidando das ações coletivas e da qualidade do atendimento.

À medida que avançava o processo das AIS, manifestavam-se com maior nitidez os limites desta forma de organização dos serviços. Os governos locais continuavam a ocupar um papel secundário na definição das políticas de saúde, pois cada uma das diferentes instituições públicas funcionava com uma dinâmica própria, dependendo da boa vontade dos dirigentes locais dessas instituições de trabalhar de forma integrada ou não (Pimenta, 1993).

No que se refere à participação social, para Luchese (1996) as AIS implementadas em alguns municípios a partir de 1982 previam, ainda que de maneira incipiente, a participação da população na gestão dos serviços de

saúde, o que constituiria a primeira tentativa de descentralização da gestão do sistema de saúde.

No período de 24 a 28 de março de 1980, durante o governo de João Batista Figueiredo, aconteceu a VII Conferência Nacional de Saúde, que se debruçou sobre a formulação do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). De acordo com Cesaltina (2005, p.1) “Esta foi a primeira vez que a atenção básica foi centro de discussão no setor saúde”.

O surgimento do Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – em 1980, é uma expressão dessa crise institucional que já se esboçava, na medida em que propõe um plano alternativo, com características conflitivas que incorporava mandamentos técnico-políticos preconizados pela Organização Mundial de Saúde, a partir da Conferência de Alma-Ata e dá um tratamento inédito à questão da participação. O “engavetamento” desse plano marca a explicitação da crise institucional perante a sociedade, pois demarca as posições conflitantes dos “técnicos mudancistas” e “situacionistas”. É aí também, que se opera a transição da “participação comunitária” para a “participação social”, com todas as implicações institucionais nisso envolvidas (Wendhausen, 2002, p.111).

O avanço dos debates sobre a saúde consolidava a proposta de descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. Assim vai se conformando um quadro que se torna irreversível. Com a transição democrática e a emergência de novos atores sociais, os movimentos sociais se proliferaram em todo país, junto a novas formas de exercício da política.

Ao mesmo tempo em que novos partidos faziam entrada na política nacional, um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter extremas desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza se traduziu em propostas políticas que se centraram na redefinição das políticas sociais.

À medida que se ampliava o âmbito de ação da previdência social, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde e ficavam claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo aos serviços de saúde entre as diferentes clientela urbanas e entre estas e as rurais (Mendes, 1993).

Nesse contexto, a crise econômica acelerou as mudanças políticas. Em novembro de 1982, elegeram-se em pleitos diretos vários governadores de oposição, e com eles vários participantes do movimento sanitário passaram a fazer parte das secretarias estaduais de saúde. Em 1983 consagraram-se novos prefeitos dentre os quais muitos portavam o compromisso de descentralização.

O Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do sistema de saúde, ocupando espaços nas instituições estatais de saúde e produzindo mudanças na política de saúde à medida que a transição para a democracia permitia. A instalação da Nova República levou para dentro das instituições federais mais relevantes, em postos políticos de importância estratégica, profissionais oriundos do movimento sanitário, institucionalizando o projeto de reforma sanitária.

2.3 O Período da Nova República – conquistas para a participação e o controle social

... não há participação imposta, concedida ou doada; não há participação prévia, primeiro vem a usurpação, depois participação, se conquistada; não há participação suficiente, porque é processo histórico infundável; participação relevante não é a individual, mas a coletivamente organizada. (Frederico, 2001, p.12)

O crescimento da proposta e do processo de reformulação da política de saúde eclodiu com a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, durante o governo de José Sarney. Através da “Reforma Sanitária Brasileira”, foram propostas mudanças no setor saúde para que ele se configurasse como democrático, acessível, universal e socialmente eqüitativo (Cesaltina, 2005).

A VIII Conferência difere das demais até então realizadas por duas características: o caráter democrático e a participação social. A primeira diz respeito à significativa presença de milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais da sociedade civil. A outra característica refere-se a sua configuração como um processo social que começa com as conferências municipais e estaduais até chegar à nacional. Pela primeira vez foram programadas pré-conferências preparatórias para o evento nacional, dando origem ao caráter de participação, característico da sistemática das Conferências Nacionais (Cesaltina, 2005).

A partir da aprovação, na VIII Conferência Nacional de Saúde, do projeto de Reforma Sanitária, deu-se continuidade às resoluções emanadas desta através da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que teria em suas mãos o processo de implementação do projeto na esfera governamental. Paralelamente às Conferências, criou-se a Plenária Nacional de Saúde, cuja finalidade seria dar continuidade à articulação dos organismos da sociedade civil que participaram daquela Conferência, e elaborar um projeto constitucional a ser apresentado no processo constituinte (Luchese, 1996).

O projeto de Reforma Sanitária sustentou-se numa conceituação de saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, lazer, educação. A saúde,

neste sentido, passa a ser definida como um direito do cidadão e um dever do Estado. Os cuidados com a saúde ultrapassaram o atendimento à doença e se estenderam à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doença. Para que a reforma se efetivasse foram necessárias transformações nas políticas de saúde, assim, surgiram as propostas de criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público, descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde, participação e controle da população na reorganização dos serviços de saúde e readequação financeira do setor (Cohn, 1996).

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária – proposta pelo Ministério da Saúde como desmembramento da VIII Conferência Nacional de Saúde – previa uma composição paritária de entidades, governo e sociedade. No entanto, sua composição não correspondeu ao peso real da sociedade civil, ficando esta em minoria em relação aos organismos estatais e privados de saúde. Ela foi aprovada e constituída por 22 representantes dos quais seis eram representantes de organismos populares: a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores (CGT), a Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e a Confederação Nacional de Associação de Moradores (CONAM). Os outros 16 membros pertenciam a organismos governamentais, parlamentares, centrais patronais e prestadores privados dos serviços de saúde (Mendes, 1993). No entanto, a partir da formação da Comissão produziu-se um deslocamento de luta que vinha ocorrendo no âmbito social e que culminou com uma proposta de amplo alcance e consenso social para o interior dos organismos de saúde.

Em 1987, iniciou-se a discussão sobre as necessidades de se efetivarem mudanças na estrutura do poder do INAMPS, com transferência de recursos e responsabilidade para estados e municípios, superando a forma de pagamento por produtividade. A estratégia para se chegar a isso foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), formulado através de convênio entre INAMPS/ MS/ Ministério da Educação e governos dos estados e respectivas secretarias de saúde, cujos objetivos eram a descentralização do sistema de saúde, a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação da população e dos profissionais na gestão e controle orçamentário e a priorização de contratos com serviços filantrópicos para complementar a cobertura da assistência prestada por serviços próprios (Luchese, 1996).

Luchese (1996) relata que a trajetória dos SUDS foi bastante problemática, pelo deslocamento de poder do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde, e por todos os conflitos políticos, institucionais e burocráticos associados à resistência à unificação e descentralização da rede de serviços. Tal situação criou barreiras significativas que tiveram como resultados, a ampliação dos custos da rede INAMPS, distorções e desperdícios de recursos, e conflitos entre as instâncias decisórias que cristalizaram e paralisaram o processo de implantação de sua estratégia.

Também em 1987 foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte, e 19 meses depois, em outubro de 1988, aprovou-se a nova Constituição Federal, substituindo a Constituição de 1967, promulgada no regime autoritário. Essa nova Constituição contém cinco artigos referentes à saúde dentro do capítulo destinado à Seguridade Social.

A articulação e a organização das forças populares na Plenária Nacional possibilitaram que o capítulo da saúde na Constituição Federal contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único, descentralizado, acessível e democrático. Assim, a Constituição de 1988 estabeleceu princípios, diretrizes e organização para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.4 Arcabouço jurídico-legal, a participação e o controle social nos anos 90 - ampliação de possibilidades

O SUS constitui parte de um amplo movimento pela reestruturação do padrão de intervenção estatal na área social. Tal movimento logrou incorporar ao texto constitucional a reorganização do sistema de proteção social por meio de um modelo de Seguridade Social (Luchese, 1996) a ser organizado pelo poder público com base nos seguintes objetivos: universalidade de cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade na base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa (Constituição Federal, Art. 194).

No artigo 196 da Constituição Federal (1988) fica então definido que saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para a implantação do SUS foram estabelecidas as seguintes diretrizes: descentralização das ações e serviços, com direção única em cada esfera de governo; integralidade no atendimento, com prioridade para atividades preventivas; participação da comunidade, como mecanismo de efetivar o controle social do sistema e descentralizar o poder decisório.

Observando essas diretrizes, a implementação do SUS deve configurar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos e privados de saúde – estes últimos participando de forma complementar – a partir da celebração de contratos de direito público ou convênio com o Poder Público, tendo preferência entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Constituição Federal, art. 199, parágrafo 1º).

Quanto ao financiamento, à Saúde cabe parte dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), um dos três orçamentos da União, também instituído pela Constituição Federal, de acordo com propostas elaboradas de forma negociada e integrada pelos três órgãos responsáveis pelas três áreas – previdência social, assistência social e saúde (art. 195 parágrafo 2º).

O controle social e a democratização do processo decisório constituem aspectos centrais da estratégia de reestruturação setorial a serem alcançados pela descentralização do sistema de saúde, por meio de um projeto de coordenação e integração interinstitucional e pela participação popular no planejamento, na avaliação e no controle do sistema de saúde, nas três esferas de governo (Luchese, 1996).

A característica fundamental da descentralização é o deslocamento de competências e poder decisório para outros níveis governamentais. Para

Cunha (2001), a descentralização deve trazer maior autonomia das instâncias subnacionais para exercitar sua principal competência: organizar o respectivo subsistema de acordo com as peculiaridades locais.

O processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional detalhou princípios e diretrizes gerais para a organização e o funcionamento do sistema. Nesse período, travou-se uma batalha no Congresso Nacional para a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através de leis que garantissem a implantação das diretrizes constitucionais. No final de 1990, com alguns vetos, o presidente Fernando Collor de Melo homologou as Leis 8.080 e 8.142, denominadas Leis Orgânicas de Saúde (LOS). No entanto, enquanto o processo de concepção e criação do SUS se desenvolveu em uma conjuntura política favorável, marcada pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do país, sua regulamentação deu-se em período diferente, caracterizado pelo acirramento da crise fiscal e pelas tentativas de reestruturação da economia brasileira, aliados à expansão do pensamento e da prática do neoliberalismo (Cunha, 2001).

Nesse quadro apresentado, Frederico (2001) aponta o capitalismo periférico e retardatário como desarticulador dos movimentos sociais e despolitizador das suas demandas.

A organização básica das ações e serviços de saúde, a direção, a gestão, as competências e as atribuições de cada esfera de governo no SUS foram objetos da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Esta foi complementada pela lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e à forma e condições para

transferências intergovernamentais de recursos. Através das LOS abre-se um canal que legaliza a participação social em todos os níveis de governo.

... a Lei 8.080 de 19 de setembro 1990 – Lei Orgânica de Saúde, traz no Capítulo II, Art 7º, item VIII o dispositivo legal que permite a participação da comunidade, através dos Conselhos e Comissões de Saúde. Embora mencionando e permitindo a participação da comunidade, a LOS sofreu vetos significativos, entre eles os artigos que se referiam à forma de organização que seria possível. Porém em dezembro desse mesmo ano, graças à pressão do Movimento Sanitário e ao empenho de parlamentares comprometidos com a proposta da Reforma Sanitária, foi promulgada a Lei 8142, regulamentando a participação da sociedade, bem como definindo as diretrizes necessárias para a viabilização desses fóruns, recuperando, pelo menos em parte, o que havia sido vetado pelo então Presidente da República (Gonçalves, 1999, p.17).

Para a realização das responsabilidades do SUS estruturou-se a gestão do Sistema Único de Saúde a partir de órgãos, organismos colegiados e instrumentos em cada esfera governamental, sendo que os órgãos do poder Executivo responsáveis pela direção do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) devem atuar na formulação das políticas de saúde e na sua execução, com atividades de planejamento, regulação, normatização, controle e avaliação, de acordo com as competências e atribuições previstas para cada esfera de governo (Luchese, 1996).

Dentro desta legislação, os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores na área de saúde e usuários, com representação paritária entre os grupos, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômico e financeiro. Suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Sua principal finalidade é exercer o controle social sobre a gestão e a implementação do SUS (Frederico 2001).

Já as Conferências de Saúde são fóruns convocados pelo poder Executivo a cada quatro anos, com representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo (Frederico, 2001).

Deve ser registrada a multiplicidade de dinâmicas participativas nas estruturas de conselhos e colegiados criados a partir da Constituição de 1988. O fato diferenciador destas transformações é, segundo Melucci (1994), o fortalecimento de novas instituições, as mudanças no relacionamento do quadro de pessoal com os usuários e a nova mentalidade sobre a gestão da coisa pública, como aspectos constitutivos de uma nova cultura política. Nos anos 90, além das práticas participativas inovadoras que se institucionalizaram cada vez mais, surgem novos movimentos baseados em ações solidárias alternativas centradas em questões éticas ou de revalorização da vida humana, como é o caso da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida (Jacobi, 2002, p.446).

A partir do final de 1990, e principalmente em 1991, vários municípios realizam suas primeiras Conferências com formação dos Conselhos Municipais de Saúde, assumindo várias competências que antes eram do Estado, como as ações de vigilância sanitária e saúde do trabalhador (Luchese, 1996).

De acordo com Mendes (2001, p.27):

A legislação infraconstitucional, por intermédio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reiterou a diretriz da descentralização e a definiu operacionalmente protagonizando a municipalização das ações e dos serviços de saúde. Com essa base jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, pelas Normas Operacionais Básicas. Assim apareceram, consecutivamente, as NOBs INAMPS/91, SUS/93 E SUS/96 que tenderam a aprofundar a descentralização para os estados e principalmente para os municípios.

Nos anos de 1991 e 1992, foram implementadas algumas medidas, por meio de convênios de municipalização regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/91 e 01/92, introduzindo a forma de remuneração por serviços produzidos para o pagamento das atividades hospitalares e ambulatoriais, realizadas na própria rede pública tal como se fazia na rede privada. Para isso era necessário que os estados e municípios

assinassem convênios, sendo estabelecidos alguns critérios como ter Conselho e Fundos de Saúde, plano de carreira e outros.

Frederico (2001) ressalta que o início dos anos 90 foi marcado pela proliferação extremamente veloz dos Conselhos em todo o país. Entre 1991 e 1993, foram constituídos cerca de dois mil Conselhos de saúde.

No plano político, os principais atores do movimento pela reforma sanitária demandaram a realização da IX Conferência Nacional de Saúde em cumprimento ao que determinava a legislação. Em agosto de 1992, foi realizada essa conferência com o tema central “Municipalização da Saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS”. Durante a conferência defendeu-se que o processo que o de municipalização não deveria se restringir apenas ao repasse de verbas, mas igualmente viabilizar a efetiva gestão da atenção à saúde pelo município, com direção única e controle social, para a democratização e descentralização do sistema (Cesaltina, 2005). No relatório final da IX Conferência foram apresentadas as seguintes propostas gerais: descentralizar o SUS respeitando as diversidades regionais e assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor único, especialmente ao nível municipal; efetivar o comando único em cada esfera de governo, respeitando a autonomia estadual e municipal; agilizar o processo de municipalização, submetendo-o a uma avaliação permanente e ao controle social (Brasil. MS, CNS, 1992).

Em 20 de maio de 1993, a Portaria 545, através da NOB SUS 01/93, estipulou normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão e das ações em serviços de saúde. Diante da diversidade de situações (populacional, econômica e administrativa) que

caracteriza o perfil dos municípios brasileiros, a NOB 01/93 estabeleceu estágios de gestão – incipiente, parcial e semiplena. Estes estágios representavam diferentes responsabilidades e autonomias de gestão.

No entanto, somente na condição semiplena é que os estados e municípios passam a ter responsabilidade integral sobre a gestão da prestação de serviços. Em contrapartida passavam a receber mensalmente do Ministério da Saúde o total de recursos correspondente aos tetos estabelecidos para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar. Um dos entendimentos básicos então pactuado foi o de que a descentralização aconteceria de forma negociada e gradual, com liberdade de adesão das unidades federadas, podendo escolher na forma de gestão a qual queriam se enquadrar, desde que atendidos os requisitos estabelecidos pela NOB 01/93 (Luchese, 1996).

O documento oficial reconhece que a implementação da descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil implica na redistribuição de poder, na redefinição de papéis entre as três esferas de governo e no estabelecimento de novas relações entre os gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde, usuários e sociedade civil (Luchese, 1996).

Como consequência, a NOB SUS 01/93 estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado, para assegurar viabilidade política às mudanças operacionais necessárias. O eixo da estratégia constituiu-se na criação das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), compostas paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das entidades de representação do conjunto dos secretários municipais de saúde do estado,

como instância privilegiada para todas as negociações entre gestores, requerida para a operacionalização da descentralização (Luchese, 1996).

Para instrumentalizar e dar continuidade ao processo de negociação, na esfera federal foi instalada a Comissão de Gestores Tripartite (CIT), composta por gestores dos SUS dos três níveis de governo. Ressalte-se, entretanto, que as Comissões têm papel de fóruns técnicos de negociação, pois as decisões nelas pactuadas devem ser referendadas pelos Conselhos de Saúde e pelos gestores do sistema (Cunha, 2001).

A NOB SUS 93 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, criando, dessa forma, um fórum de negociação permanente entre as instâncias federativas. Além disso, impulsionou a municipalização dos serviços de saúde, com a instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena, que expressavam, por si mesmas, graus crescentes de devolução. A municipalização que já havia aumentado tendencialmente acelerou-se de tal modo que, ao final de 1996, havia 3078 municípios habilitados para a municipalização ... (Mendes, 2001, p.27)

Com o objetivo de dar continuidade ao processo de descentralização, em novembro de 1996 a NOB 01/96, fruto de um prolongado encadeamento de discussões na CIT, no CNS e pelos gestores das três esferas de governo, por intermédio de suas formas associativas (CONASS e CONASSEMS), submetidas inclusive à X Conferência Nacional de Saúde, foi editada. Mudanças foram introduzidas na sistemática definida pela NOB 01/93. As formas de gestão passaram à gestão plena da atenção básica e à gestão plena do sistema municipal de saúde.

A NOB SUS 01/96, editada após um longo processo de negociação entre os atores sociais em situação no SUS, teve por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estado e da União (...). Esse movimento de municipalização dos serviços de saúde continuou com maior dinamismo após a NOB/96 e se consolidou totalmente. Assim, no primeiro semestre de 2000, estavam habilitados, numa das formas de gestão, 5398 municípios brasileiros, o que corresponde a 98% do total (Mendes, 2001, p.29).

Dentre os principais aspectos positivos da NOB 01/96, podemos destacar a manutenção do processo democrático inaugurado pela NOB 01/93, a ampliação da descentralização de recursos, ao incluir como objeto de repasse automático, além de recursos destinados à assistência médica, outros destinados a controle de doenças transmissíveis, à vigilância sanitária e epidemiológica, a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), valor *per capita* que passou a ser transferido diretamente aos municípios habilitados e destinado ao custeio dos serviços básicos de saúde, criação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento central para definição de ofertas dos serviços e critérios para alocação de recursos para estados e municípios, além da sinalização da mudança do modelo assistencial ao se intensificar o apoio à adoção de estratégias como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS) (Cunha, 2001).

Essas propostas efetivam o princípio da participação e do controle social através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das Equipes de Saúde da Família e na programação local, fomentando o exercício da cidadania pela comunidade junto aos Conselhos Locais de Saúde (Oliveira & Gusmão, 2004).

Frederico e Almeida (apud Frederico, 2001) consideram as Comissões Locais de Saúde como uma realidade concreta no processo de municipalização da saúde que podem representar um contexto onde todos os participantes são considerados mecanismos decisórios.

Entre 15 e 19 de dezembro de 2000, 2500 delegados participaram da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso,

Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Para Cesaltina (2005), embora esta Conferência não tenha promovido uma ampla mobilização em torno de uma idéia ou proposta central, percebeu-se a necessidade de se reorientarem as políticas públicas, social e econômica para a consolidação do SUS.

Por fim, a XII Conferência Nacional de Saúde, Conferência Sérgio Arouca, teve como tema: “Saúde: Um Direito de Todos e Um dever do Estado – A Saúde que Temos, O SUS que Queremos” e foi antecipada em um ano, acontecendo em 2003 no governo de Luís Inácio Lula da Silva. O Ministro da Saúde, Humberto Costa, na apresentação do Manual da Conferência citada ressalta a importância das conferências municipais em seu caráter deliberativo no âmbito local, contribuindo para a formulação de políticas de saúde estadual e nacional.

Diante da evolução da participação e do controle social e, com a institucionalização dos espaços a eles reservados, pode-se considerar que:

A descentralização do SUS tem estimulado o controle público dos serviços de saúde, mediante criação e o desenvolvimento de Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde. Dessa forma surgiram, por todo o País, esses diferentes conselhos, que, de modo mais ou menos eficaz, começaram a controlar os sistemas de saúde respectivos. Há quem estime que existam hoje mais conselheiros municipais de saúde do que vereadores no País... (Mendes, 2001, p.30)

No entanto, somente a abertura de espaços formais garantida pela legislação é suficiente para a consolidação da participação e do controle social?

Apesar de ser um fenômeno de criação de espaços para a discussão sobre o controle e a participação social no setor saúde:

... a obrigatoriedade de constituição desses conselhos pode significar em muitas localidades, a mera representação formal das regras dos programas,

ameaçando os fundamentos principais de participação, quais sejam credibilidade, confiança, transparência, accountability etc (Souza, 2002, p. 439).

Sendo assim, como trabalhar a conquista da participação de usuários e trabalhadores no processo decisório, para que ela se torne legítima e não apenas a formalização do direito adquirido?

Ainda que em muitos lugares, esses conselhos sejam movidos por distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador nos serviços de saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional... (Mendes, 2001, p. 30)

Portanto, quais as dimensões da participação e do controle social devem ser abordadas para que eles aconteçam de forma efetiva e eficiente dentro do setor saúde?

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a produção científica publicada nos últimos dez anos em periódicos indexados, sobre a participação e o controle social referentes ao período advindo da promulgação da Carta Constitucional Brasileira de 1988.

Objetivos Específicos

- Identificar os temas abordados, a partir da produção científica sobre a participação e o controle social na área da saúde;
- Identificar os obstáculos enfrentados pelos diferentes atores sociais envolvidos no processo de participação e controle social na área da saúde.

4. Metodologia

4.1 O Processo Teórico Metodológico

De acordo com Minayo (1994), sempre existiu uma preocupação do “homo sapiens” com o conhecimento da realidade. A poesia, as artes e também a ciência são formas de expressão desta busca, no entanto diferente da arte e da poesia que se concebem de inspiração, a pesquisa é um labor artesanal que se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições métodos e técnicas.

Na sociedade ocidental, a ciência tornou-se uma forma hegemônica de construção da realidade e, para Minayo (1994), devido a duas razões: a primeira é a possibilidade de responder a questões técnicas e tecnológicas postas pelo desenvolvimento industrial; a segunda consiste no fato de os cientistas terem conseguido estabelecer esta linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para a compreensão do mundo, das coisas e dos fenômenos, dos processos e das relações.

A pesquisa é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. Embora seja uma prática teórica, ela vincula pensamento e ação, portanto as ações de investigações devem estar relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas (Minayo, 1994, p. 17).

Para Boaventura (2004), pesquisa é a busca sistemática de solução de um problema ainda não resolvido ou resolvível, sendo que várias opções para que isso aconteça devem ser consideradas. A opção para a realização da pesquisa está intimamente ligada com a definição do problema e com a metodologia a ser aplicada, sendo metodologia o caminho do pensamento e a

prática a experiência exercida na abordagem da realidade, com o apoio de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (Minayo, 1994).

Neste trabalho optou-se por uma revisão da literatura que, de acordo com Boaventura (2004), é uma tarefa indispensável para responder à indagação sobre o que já existe a respeito do tema.

Noronha e Pires (apud Boaventura, 2004) relatam que trabalhos de revisão devem ser estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório sobre o estado-da-arte de um tópico específico, evidenciando assim novas idéias, métodos, subtemas que receberam maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

Para Cruz Neto (1994) a pesquisa bibliográfica coloca frente a frente os desejos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte de interesse. Esse esforço em discutir idéias e pressupostos tem como lugar privilegiado de levantamento as bibliotecas, os centros especializados e arquivos. Mas, como lembra Boaventura (2004), com a complexidade das bibliotecas informatizadas, a pesquisa bibliográfica constituiu-se em uma modalidade de metodologia bastante acionada pela eletrônica.

A pesquisa bibliográfica é sempre a primeira fase de investigação, mas autores (Boaventura, 2004; Cruz Neto, 1994; Gil, 2002) concordam que existem dissertações e teses que utilizam tão-somente este tipo de metodologia, intensamente, nas demais etapas de elaboração da dissertação.

Gil (2002) afirma que boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem

como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam se desenvolver quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Às vezes o trabalho de campo fica circunscrito ao levantamento e à discussão da produção bibliográfica sobre o tema de interesse. Essa forma de pesquisar nos permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de conhecimento. Ela visa criar novas questões num processo de incorporação e superação daquilo que foi produzido (Boaventura, 2004; Gil, 2002).

Ao se realizar uma pesquisa bibliográfica, deve-se seguir uma ordem lógica de passos que contribuem para a organização racional e para manter a perspectiva global do estudo. Para Cruz Neto (1994), o ciclo da pesquisa é um processo de trabalho espiral que começa com um problema ou pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações.

Gil (2002) cita como fases da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca de fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto. Convém ressaltar que todas as fases anteriores à redação tornam-se indispensáveis no momento da redação para que se defina o estilo do texto.

Segundo Cervo, (2002, p.81), “O tema de uma pesquisa é qualquer assunto que necessite de melhores definições, melhor precisão e clareza do que já existe sobre o mesmo”. Começando pela escolha do assunto, o tema deve ser de interesse do pesquisador e de acordo com suas próprias inclinações e possibilidades. Gil (2002) aponta que não basta apenas o

interesse pelo assunto, mas é necessário dispor de bons conhecimentos na área de estudo para que as etapas posteriores possam ser adequadamente desenvolvidas.

Ou seja, somente o conhecimento pré-existente sobre o tema não é suficiente para a formulação do problema. Logo, torna-se necessário realizar um estudo bibliográfico preliminar para facilitar a formulação do problema, pois o tema da pesquisa normalmente é muito amplo, o que não favorece a definição de um problema em condições de ser pesquisado. Nesta fase, seleciona-se uma subárea de estudo que, por ser bem mais restrita, possibilitará uma visão mais clara sobre a pesquisa e conseqüentemente um aprimoramento do problema (Gil, 2002).

Além disso, o problema deve ser relevante, que mereça ser investigado cientificamente e tenha condições de ser formulado e delimitado tecnicamente (Dias, 2000). Entretanto, Minayo (1994) ressalta que nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.

Fica claro que o levantamento bibliográfico é de fundamental importância para a formulação do problema de pesquisa. Todavia, por si só, ele é insuficiente. Requer-se uma reflexão crítica acerca dos assuntos estudados, de forma tal que seja possível identificar se há controvérsia entre diferentes autores, constatar quais as abordagens teóricas relevantes e, se possível, optar por uma abordagem teórica capaz de fundamentar o trabalho (Gil, 2002). Pode-se considerar que essas duas fases são contempladas no momento da redação através da introdução e da justificativa.

Passada a fase de escolha do problema, é necessário que o pesquisador explique os objetivos de forma clara, a fim de que as fases posteriores da pesquisa se processem satisfatoriamente. Elabora-se, então, um plano de trabalho que se apresentará na forma de itens ordenados em seções, capítulos ou índices que correspondem ao desenvolvimento que se pretende dar à pesquisa. Para Boaventura (2004), o plano é a construção lógica do trabalho. E construí-lo é estabelecer divisões. Evidente que não se encontram partes do trabalho subitamente, uma vez que aspectos novos surgem e relações aparecem. A partir do tema, idéias novas vão dominando umas às outras.

Após a elaboração do plano de trabalho, a etapa seguinte consiste na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto (Gil, 2002). Resume Dias (2000), que a seleção é feita através do conhecimento das principais fontes de informação, posteriormente à sua localização e obtenção.

Já de posse do material, efetua-se a leitura. São cinco os tipos de leituras empregadas em pesquisa e, o tipo de leitura varia à medida que a pesquisa vai se aprofundando. Na leitura exploratória é verificado se a obra é de interesse para a pesquisa. Na fase seguinte, faz-se uma leitura seletiva, separando materiais que realmente podem ajudar a resolver o problema da pesquisa. Na leitura analítica, ordenam-se sumariamente as informações contidas nas fontes, de forma que possibilitem a obtenção das respostas ao problema. Na última fase, procede-se a uma leitura interpretativa que tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe

solução. A leitura interpretativa vai além dos dados apresentados, tentando relacioná-los com os conhecimentos já obtidos (Gil, 2002).

Após a leitura é necessário um fichamento dos materiais lidos que, além de servir para identificar e ordenar as obras consultadas também registra conteúdos e comentários sobre as mesmas. Ao final da leitura interpretativa e do fichamento dos textos, é construído o material necessário para a redação dos resultados da pesquisa (Dias, 2000).

Entre a etapa de fichamento das obras e a redação, situa-se a construção lógica do trabalho, assim ele passa a ser entendido como unidade lógica dotada de sentido. Nesta etapa torna-se necessária a reformulação do plano provisório de assunto para que se estabeleça o plano definitivo. Dias (2000) refere que o plano provisório é de grande auxílio para orientar a pesquisa, no entanto será substituído pelos resultados definitivos das descobertas. Profundas modificações surgem uma vez que o plano provisório fora levantado de maneira independente do material colhido.

A última etapa é constituída pela redação. As estruturas que compõem o texto dependem de sua finalidade e podem ser descritas segundo conteúdo, estilo e aspectos gráficos (Gil, 2002). Dias (2000) afirma que na construção do trabalho, o plano definitivo vai representar os resultados obtidos e a conclusão representa o momento para o qual caminhou o desenvolvimento. A conclusão deve relacionar a diversas partes da argumentação e unir as várias idéias desenvolvidas. Nesse sentido, a conclusão volta à introdução. Essa circularidade constitui um dos elementos estéticos que faz com que o leitor tenha a impressão de estar diante de um sistema harmônico acabado em si mesmo.

4.2 O Caminho Percorrido

Primeiramente foi feita uma leitura exploratória para a delimitação do problema discutido neste trabalho. A seguir, foi definida a forma de condução do trabalho, optando-se pela revisão de literatura.

Para iniciar o processo de revisão de literatura a respeito do tema escolhido, foram cruzadas as palavras-chaves participação/ controle/ social/ saúde na base de dados LILACS. A partir daí, foram encontrados 158 textos e, após a leitura dos resumos dos artigos selecionados pela base de dados, foram separados aqueles que se enquadravam nos seguintes critérios:

1. Ser um artigo publicado no período de 1995 a 2004 em periódicos indexados na referida base de dados;
2. Situar a participação e controle social na gestão das políticas públicas de saúde através das Leis Orgânicas de Saúde, dos Conselhos Locais, Municipais, Estaduais ou Nacional de Saúde ou das Conferências Municipais, Estaduais ou Nacionais de Saúde, ou
3. Discutir a concepção de controle social nas políticas públicas de saúde.

Após a leitura foram selecionados vinte e três textos. Doze artigos foram encontrados na Biblioteca Central da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto (BCUSP-RP), nove em outras bibliotecas através do Programa de Comutação Bibliográfica – COMUT, dois foram extraídos da versão eletrônica da revista publicada.

Em seguida os textos foram lidos e fichados. Após nova leitura seletiva dos textos em sua forma original, foram excluídos dois textos que não se

encaixavam nos critérios já definidos. A lista abaixo identifica os textos que compõem o objeto de estudo, ordenados pela seqüência de leitura.

1. DODGE, R. E. F. A equidade e a universalidade e a cidadania em saúde vistas sob o prisma da justiça. **Revista Bioética**, <<http://portalmedico.org.br/revista/ind.1v5.htm>> Acesso em: 22 ago 2004.
2. FORTES, P.A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. **Revista Bioética**, <<http://portalmedico.org.br/revista/ind.1v5.htm>> Acesso em: 22 ago 2004.
3. PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social como conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (4): 741-748, out-dez. 1997.
4. MAFIOLETTI, T. M. Controle social – a experiência do município de Curitiba. **Cogitare Enferm**, Curitiba, 2 (1): 9-14. 1997.
5. MOURA, E. C. Direito à saúde: o papel dos diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. **Saúde e Sociedade**, 5 (1): 101-119. 1996.
6. MARTINS, A. A. Relações Estado-sociedade e políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, 5(1): 55-79. 1996.
7. FERNANDES, J. C; MONTEIRO, J. G. Postos comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (1): 127-135, jan-mar. 1997.
8. BLOCH, R. A; BALASSIANO, M. A. A democratização da gestão pública: as relações entre gestor, inovação e porte demográfico do município. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 34 (1): 145-164, jan-fev. 2000.
9. SILVA, E. M.; NOZAWA, M. R.; FREITAS, J. L. Formação de enfermagem e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 53 (2): 275-282, abr-jun. 2000.
10. PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, I. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17 (1): 89-97, jan-fev. 2001.
11. ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, 27 (63): 63-73, jan-abr. 2003.

12. VALENTE, D. A vigilância sanitária e as políticas de saúde: de que forma as políticas influenciam na vigilância sanitária? **Higiene alimentar**, v. 15, n. 87, p. 15-18, ago. 2001.
13. PEDROSA, A. A. G. A tematização da informação em saúde nas conferências de saúde de Teresina. **Revista Associação de Saúde Pública do Piauí**, 1 (2): 175-181, jul-dez. 1998.
14. PEDERNEIRAS, A. R.; LIMA, R. T.; SILVA, S. T. Contribuição ao controle social do Sistema Único da Paraíba. **CCS**, 15 (1): 24-29, 1996.
15. TEIXEIRA, C. F. Conferências municipais de saúde: construindo o SUS da Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, 52: 50-57, set. 1996.
16. FRANÇA, J. M.; ARAÚJO, L. M.; CARVALHO, A. L. B. Paraíba: construindo um novo modelo de atenção em saúde. **Divulgação Saúde em Debate**, (17): 43-47, mar. 1997.
17. SOARES FILHO, A. M.; SAMPAIO, J. J. C. Canais Institucionais e Relações Sociais de Negociação: necessidade e poder contratual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 25 (59): 5-15, set-dez. 2001.
18. LOPES, M. L. S.; ALMEIDA, M. J. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): a realidade e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 5 (59): 16-28, set-dez. 2001.
19. LIMA, J. C. Representatividade e a Participação das Bases na Categoria dos Usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 25 (59): 29-39, set-dez. 2001.
20. GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: o conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 26 (61): 167-175, maio-ago. 2002.
21. BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (3): 401-412. 2002.

Para a análise do material foram criadas três classificações, agrupando os artigos de acordo com o principal tema correlacionado com a participação e o controle social. No entanto isso não exclui a possibilidade dos artigos abordarem outros temas, relacionados ou não, na classificação criada para esta revisão bibliográfica.

Tabela 1: Artigos que compõem o objeto de estudo, classificados por tema.

TEMAS	ARTIGOS
Ética e cidadania na representação dos conselheiros	2, 17, 18, 19,20
Legislação, gestão e financiamento em saúde e a participação e controle social	1,4, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 21
Informação e capacitação para o exercício da participação e do controle social em saúde	3, 5, 9, 12,13, 14, 15

Após a leitura seletiva, passou-se à leitura analítica e posteriormente à leitura interpretativa para que fossem construídas a apresentação e a discussão.

5 Apresentação e Discussão dos Dados

5.1 Ética e cidadania na representação dos conselheiros

Cinco artigos evidenciam a ética e a cidadania ao abordarem a participação e o controle social.

O artigo de Fortes (1997) analisa a participação popular e o controle social na saúde com base no princípio bioético da justiça. Para isso aponta duas correntes que aplicam o princípio de justiça à saúde; a primeira, trata a saúde como bem ou serviço e a segunda pauta-se pela equidade, acatando a máxima cada um segundo suas necessidades de saúde.

Fortes (1997) busca sua fundamentação junto à legislação sanitária para defender que a participação e o controle social devem ser vistos a partir dos princípios éticos da justiça e da solidariedade sob o prisma da equidade.

Para Fortes (1997, p.2), “quando a Constituição expressa ser ‘o bem comum’ o objetivo das ações do Estado, afirma a conjugação dos princípios éticos da justiça e da beneficência, orientando o poder estatal a intervir nas relações econômicas e sociais para promovê-lo”. Portanto, para que a equidade seja verdadeiramente implementada torna-se necessária a efetiva participação dos cidadãos através do controle social.

Fortes, continua caracterizando o controle social pela participação popular em instâncias do aparelho de Estado, órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas tornando-se instrumento necessário e indispensável para que haja eficácia dos direitos positivados em lei.

A maneira como Fortes, (1997) reafirma a regulamentação da participação popular junto ao SUS, destacando seu caráter permanente e deliberativo, e a composição paritária de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço, bem como suas atribuições, enfatiza as formas colegiadas decisórias como possibilidade de passagem de uma democracia representativa para uma democracia participativa direta.

Além das LOS, Fortes (1997) entra no campo das Normas Operacionais Básicas (NOBs), associando a edição da NOB 93 à expansão, em pouco tempo, dos conselhos instalados e, questionando a eficácia da participação popular como instrumento de conquista de melhorias para as políticas de saúde.

Ao vislumbrar a NOB 96 como possibilidade de incremento do papel ético e legal dos Conselhos, Fortes (1997) lembra que devido à baixa organização da sociedade civil, apenas uma norma não seria capaz de assegurar o aprofundamento da descentralização de responsabilidades e recursos na saúde. Deste modo, aponta o potencial dos Conselhos para ampliar a concretude do princípio da solidariedade, mas observa que diversas leis municipais retiram a natureza deliberativa dos Conselhos transformando-os em meros órgãos consultivos.

Os problemas enfrentados para que a atuação dos conselheiros seja pautada na ética e reconhecida como exercício de cidadania, são: a falta de dotações orçamentárias próprias, de informação e de tolerância diante da divergência de interesses e projetos distintos.

Ao considerar a participação como conquista e não como concessão, encarada dentro da noção da ética e da responsabilidade, o controle social só

tem sentido quando o modelo de saúde também se respalda na responsabilidade do Estado.

Assim, entendendo a saúde como esfera pública, o controle social deve resultar na utilização do fundo público de forma planejada e transparente, sendo levados em conta os interesses divergentes durante a tomada de decisão. O reflexo disso são as importantes conquistas e melhorias nas políticas públicas no campo da saúde, conseguidas através de um longo movimento da sociedade civil organizada.

O texto produzido por Soares Filho & Sampaio (2001) é um estudo que analisa os mecanismos de pressão e contrapressão entre os poderes Executivo e Legislativo e Órgãos Colegiados de Saúde no município de Icapuí (CE).

Para realizar a pesquisa, os autores fundamentaram-se em entrevistas com secretários de saúde, vereadores da oposição e da situação e usuários com experiência em participação nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, além de consulta às atas e aos relatórios do Conselho Municipal de Saúde e das duas Conferências de Saúde, ao Plano de Desenvolvimento Municipal de Desenvolvimento, ao Orçamento Participativo de 1998, aos Planos Municipais de Saúde, aos Relatórios de Gestão de Saúde, às Leis, aos Atos, Decretos e aos ofícios trocados entre os níveis institucionais.

Soares Filho & Sampaio (2001) colocam que, no Ceará, a descentralização da saúde para os municípios está apoiada em quatro pilares: o gestor local, os conselhos de saúde, o plano de saúde e o fundo de saúde, preocupando-se com a participação social no planejamento e avaliação dos resultados, segundo a lógica da democratização.

No entanto, Soares Filho & Sampaio (2001), ao relatarem uma estrutura econômica tradicional marcada pela economia familiar baseada na pesca artesanal e cujos meios de produção estão centralizados nas mãos de poucos, mostram um cenário que propicia o desenvolvimento do clientelismo, pois os usuários procuram alternativas para satisfazer suas necessidades quando o Sistema Municipal de Saúde (Silos) não funciona ou não garante o que lhes é de direito.

É possível perceber no artigo de Soares Filho & Sampaio (2001) como as demandas dos vereadores seguem caminhos diferentes. Os vereadores da situação criam dificuldades para a gestão da saúde ao privilegiarem sua base eleitoral desrespeitando os critérios de equidade do Silos, usando como poder de barganha a própria representação legislativa. Já os pedidos dos vereadores da oposição são discutidos de forma técnica, levando em consideração a disponibilidade de recursos e a racionalidade de princípios que orientam o sistema de saúde municipal.

Nota-se que o clientelismo passa a ter uma função integradora numa sociedade altamente estratificada na qual a intervenção do poder público e a vigência de direitos políticos formais não são capazes de garantir o direito à cidadania.

Porém, se as solicitações imediatistas fossem resolvidas, surgiriam demandas que passam despercebidas, reforçando a necessidade de decisões pactuadas socialmente, pois existe responsabilidade coletiva, não individual. Ou seja, a organização do Silos pode facilitar o acesso aos recursos do setor de saúde e melhorar a cobertura desse setor. Essa reorganização depende de

como a participação e controle social são colocados pelos atores sociais, como mostra Dallari (1983, p.21)

... é preciso ter consciência de que os problemas políticos são, sempre, problemas de todos os membros da sociedade. Por esse motivo, será errado obrigar um indivíduo a procurar sozinho a solução para seus problemas, quando estes afetam a convivência. E será igualmente errado permitir que qualquer indivíduo proceda como se vivesse sozinho, ignorando os interesses comuns, quando procura proteger seus interesses fundamentais.

Para Soares Filho & Sampaio (2001) o Conselho Municipal tem sido o único instrumento de participação popular sem, no entanto, funcionar como um espaço de decisões importantes.

Soares Filho & Sampaio (2001) apontam o Conselho Municipal de Saúde em quase todos os momentos como instrumento formal de participação, necessário para a municipalização e o enquadramento nos níveis de gestão. E, quando há falta de participação crítica do Conselho, surge a possibilidade de exposição a situações que comprometem o SILOS, tais como o repasse de verbas abaixo do disposto pela Lei Orgânica Municipal, a representação díspare no Conselho, com prejuízo da representação popular e no qual profissionais e corporações de servidores ocupam vagas de usuários.

Soares Filho & Sampaio (2001) identificam que os pontos da pauta do Conselho são definidos pelo secretário municipal de saúde de acordo com os interesses da Secretaria, com poucas demandas colocadas pelos conselheiros, o que sinaliza que a criação de Conselhos Locais de Saúde e a modificação da composição do Conselho, com representação tripartite mais diversificada, não garante maior envolvimento e participação dos conselheiros.

Entretanto, os habitantes de Icapuí integraram-se a um processo aberto e a uma pedagogia política que facilitou a sua participação, pois, avaliando os

CLS, Soares Filho & Sampaio (2001) mostram que apesar de os assuntos serem pautados pelo presidente do CLS, enfermeiro ou médico, os usuários ficam mais à vontade para discutir seus problemas uma vez que o espaço e as pessoas já lhes são conhecidos e os assuntos tratados geralmente são relacionados às ações e serviços locais, às necessidades da comunidade, dispensando grande aparato técnico para as discussões.

Soares Filho & Sampaio (2001) mostram que o poder executivo é quem tem determinado o tratamento dado às demandas de saúde, através de posturas democráticas ou clientelísticas, dependendo do estado de desenvolvimento do Silos, da qualidade da participação e da representação popular na gestão.

A visão política do gestor e o grau de participação popular na gestão determinam a força de infiltração do clientelismo nas negociações e os fatos de o Conselho de Saúde serem um lugar mais ou menos importante na tomada de decisões, bem como a criação de CLS, sugerem características que podem facilitar a participação dos Conselheiros.

Portanto, se “a democracia exige ampliação da representação pela participação e descoberta de procedimentos que garantam a participação como ato político efetivo, capaz de aumentar a cada novo direito” (Soares Filho & Sampaio 2001, p.12), o Conselho de Saúde pode funcionar como importante instrumento para o gestor de saúde minimizar as forças de pressão das demandas de cunho clientelista desde que os representantes estejam capacitados para uma atuação efetiva e o momento das reuniões seja valorizado.

Sendo assim, a criação de uma cultura cidadã, construída na lógica da participação crítica, mais propensa a decisões coletivas e impessoais pode ser um fator modificador da realidade descrita.

Ao descreverem o sistema de saúde de Londrina (PR), Lopes & Almeida (2001) mostram que as experiências positivas devem-se à marcante participação da população.

Londrina foi o primeiro município paranaense a assumir a gestão semiplena da saúde e gestão plena do sistema. Em 1992, o Município promulgou a Lei Municipal 5.119 criando os conselhos locais de saúde.

Dentro desse cenário, Lopes & Almeida (2001) estudaram os Conselhos Locais de Saúde de Londrina (PR), entrevistando membros das diretorias dos conselhos situados na zona urbana do município a fim de caracterizar os conselheiros de acordo com as variáveis sócio-demográficas, os níveis de informação sobre o conceito de saúde e a função de um Conselho Local de Saúde (CLS), a identificação das ações desenvolvidas pelos Conselhos, as dificuldades enfrentadas para sua consolidação e a análise da relação entre os Conselhos locais, regionais, municipais e instituições de ensino superior (IES) existentes.

A participação, de acordo com o estabelecido na Lei, segundo Lopes & Almeida (2001), exige mudanças culturais, compromissos pessoais e coletivos, pois identificam o papel do Estado como instrumento de promoção, motivação, colaboração, não como condutor e dono do processo. Para tal surgem os Conselhos como elementos modificadores da relação do Estado com a sociedade civil. Assim, Lopes & Almeida (2001) reconhecem que não são os termos formais de uma declaração ou pacto que asseguram ao cidadão

comum o irrestrito acesso usufruto de um evidente direito seu, por mais humano que seja, acreditando que a participação seja a resposta para como construir um país de pessoas saudáveis, de cidadãos.

Na análise das questões qualitativas, quanto ao conceito de saúde, o conceito predominante entre os conselheiros é o estabelecido pela Lei 8.080/90 (53,5%), porém 25% ainda acham que saúde é a simples ausência de doença. A forma de construção do conceito de saúde, em conjunto como conhecimento da legislação que infraconstitucional, estadual e municipal sobre a saúde, reflete no reconhecimento da função dos conselheiros.

Em relação às funções de um CLS, os dados demonstram que a função do conselheiro seria a de juntar pessoas para a execução de uma determinada tarefa, 'pedir coisas', fiscalizar a UBS, criar um espaço para reclamações, participar de um planejamento conjunto ou contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente. O que justifica o fato de as ações realizadas pelos Conselhos em sua maioria estarem relacionadas à resolução de problemas na UBS. Porém também foram identificadas ações desenvolvidas no meio ambiente e em prol da comunidade.

As dificuldades para o exercício da participação e do controle social, identificadas neste artigo (Lopes & Almeida, 2001) estão relacionadas ao descompromisso e desorganização na atuação dos conselheiros, falta de estrutura física e financeira, além de dificuldades externas, tais como falta de participação da população e dos funcionários nas atividades desenvolvidas e nas reuniões, falta de respeito do poder público às decisões tomadas pelo CLS e pela comunidade.

Nas relações entre os conselhos locais, regionais percebe-se a falta de integração entre os níveis de atuação, a necessidade de descentralização das decisões em relação ao CMS, e a preocupação com o uso dos conselhos para fins eleitoreiros. Existem queixas em relação à agilidade do Conselho Regional de Saúde (CRS) e à subordinação do CRS a outros interesses, a falta de compromisso dos CRS com a comunidade e a falta de respeito aos CLS ao não acatar as decisões do CLS. Assim, a participação dos conselheiros regionais nas reuniões, a descentralização das reuniões do CMS, a modificação na estrutura e composição do CMS seriam importantes fatores de integração dos diversos conselhos.

Sobre as contribuições que as IES de Londrina trazem para os CLS, os conselheiros sugerem que as IES considerem as propostas das comunidades antes de trazerem seus projetos de atuação e apresentem os resultados das atividades ou pesquisas para a comunidade, mais uma vez sinalizando a preocupação com a descentralização e o respeito às decisões e às necessidades do nível local.

Os conselheiros revelam que a fragmentação das atividades gera uma sensação de desrespeito, de falta de consideração e de falta de profissionalismo. Os membros dos CLS sentem necessidade de ampliação da atuação das IES através de projetos de extensão e de aumento do número de estagiários, concluindo que os CLS podem possibilitar a participação da comunidade nas decisões de âmbito local, diminuindo as desigualdades microrregionais, facilitando o alcance de resultados mais justos.

Lopes & Almeida (2001) mostram em seu artigo a necessidade de modificação do cenário, com a ampliação do número de conselhos e o

fortalecimento dos existentes, melhorando a infra-estrutura e capacitando os conselheiros, já que estes vêm realizando ações geralmente pontuais, sem conhecimento do perfil epidemiológico de sua área e sem preocupações com a inversão do modelo assistencial e, apesar de compreenderem a finalidade de um conselho, desconhecem a amplitude da legislação municipal na descrição das atribuições dos conselheiros.

O fato dos CLS existirem é um avanço para a área de saúde. Porém, é necessário reconhecer que inúmeras lacunas nesse processo precisarão ser preenchidas até que os conselheiros compreendam e possam desempenhar suas reais funções, até que sejam respeitados pela comunidade, pelos RHS, pelo poder público e pelas IES, podendo contribuir de maneira efetiva para a inversão do modelo assistencial vigente. (Lopes & Almeida, 2001, p.28)

Lima (2001) discute em seu artigo os diferentes processos de escolha dos representantes da população para o CMS através da análise do processo de definição desses representantes (da população para o CMS), bem como a analisa as relações entre os conselheiros de saúde, os usuários e suas bases no município de Sananduva (RS), evidenciando as limitações e potencialidades inerentes à organização comunitária e suas repercussões no CMS.

Para isso, foram entrevistados quatro conselheiros usuários, cada um pertencendo a um grupo pré-definido: movimentos populares, moradores da zona rural, moradores da zona urbana, cooperativas e outros.

A principal crítica feita por Lima (2001) é a falta de base popular, a falta de envolvimento das massas na formulação de políticas. Assim, percebe-se que há necessidade de coesão e de organização das bases para que estas construam uma identidade cultural e um compromisso ideológico que gerem uma participação com qualidade.

Ao analisar os dados, Lima (2001) mostra que para a existência de qualidade política é necessário o envolvimento das pessoas; sendo assim, a participação dos usuários nos CMS precisa apresentar pelo menos quatro marcas qualitativas: representatividade (lideranças eleitas através de processo eleitoral livre), legitimidade (regulamentada de modo democrático e comunitário), participação da base (com o envolvimento de todos) e planejamento participativo auto-sustentado (realização de autodiagnóstico, formulação de estratégias para o enfrentamento dos problemas detectados e organização política).

Para Lima (2001), o representante é apenas o delegado, depositário da confiança da comunidade, devendo prestar contas e entender-se como serviço à comunidade. Então, se existem dificuldades para a mobilização de suas bases; a participação, que expressa um compromisso ideológico, fica comprometida pela forma de escolha dos representantes.

A participação popular idealizada pela reforma sanitária brasileira pressupõe uma população capaz de apropriar-se ou de construir canais de participação, intervindo diretamente na definição das políticas de saúde.

Para Lima (2001), em Sananduva, a identidade ideológica do grupo dos Movimentos Populares, com a implantação do CMS e a construção do SUS, imprime qualidade ao processo participativo; no entanto, a falta de coesão e de identidade ideológica faz com que os representantes de outros grupos representem a si mesmos. Assim, o fato de não possuírem uma história de organização e luta, e de as discussões promovidas no setor saúde serem incipientes, não permite que se espere de todos os grupos um nível de participação semelhante.

Com relação ao envolvimento das bases nas deliberações do conselho, prevalece a carência de ligação com as mesmas, sugerindo a existência de fatores ou condições que facilitam a representação e a participação das bases no CMS, sendo importante a condição de prévia organização da população interessada no tema saúde.

Lima (2001), bem como Fortes (1997), Soares Filho & Sampaio (2001) e Lopes & Almeida (2001), também defende que a simples instalação dos conselhos não garante o acesso da população ao poder. Fato que se deve à cultura política brasileira, tradicionalmente autoritária, evidenciada pelo descumprimento da lei sob diversas formas.

A participação popular neste contexto significa uma força social capaz de tirar do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias. Para isso, a universalização do ensino é um importante canal de participação, e o paternalismo, o clientelismo e o assistencialismo são fatores que contrariam o desenvolvimento da participação popular no setor saúde.

Gonçalves & Almeida (2002) analisam a experiência do CMS de Ribeirão Preto (SP) no período de 1991 a 1998, identificando os limites e as potencialidades da participação social na construção do controle social e da cidadania.

Ao iniciarem o artigo, Gonçalves & Almeida (2002) apontam a possibilidade instituída pela Constituição Brasileira na formação de Conselhos em diversas áreas, e o movimento da reforma sanitária como imprescindível na viabilização do projeto na saúde.

Ao apontarem a necessidade do controle social da população organizada, fiscalizando os governos municipais, trocando saberes e

mantendo parceria com os técnicos da área e atuando como componentes jurídicos institucionais e políticos do setor saúde, Gonçalves & Almeida (2002) consideram o Conselho como:

... fruto de um movimento organizado, pode constituir-se em espaço de gestão colegiada, possibilitando a transformação dos sujeitos sociais, prestadores e usuários em sujeitos políticos com capacidade e potência para decidir a política municipal de saúde (Gonçalves & Almeida, 2002, p.168).

Gonçalves & Almeida (2002) trazem a LOS, a Lei 8.142/90 e as NOBs para mostrar o poder de decisão dos Conselhos e tomam o controle social como “resultado da participação efetiva da sociedade organizada nos Conselhos de Saúde, fiscalizando e decidindo ações no âmbito do SUS” Gonçalves & Almeida (2002, p.168).

... os Conselhos de Saúde são espaços de conflito e integram atores com diferentes projetos e interesses. Mas são também possíveis espaços onde os sujeitos sociais podem, através do controle social, exercer a cidadania, o poder participativo, e construir sujeitos políticos com capacidade e potência para intervir positivamente na implementação do SUS no nível local (Gonçalves & Almeida, 2002, p.168).

Entretanto, Gonçalves & Almeida (2002) mostram que o controle social ainda não é exercido plenamente, pois as discussões não têm sido aprofundadas como os conselheiros desejariam que fossem.

Na análise dos aspectos cotidianos dos ex-secretários de saúde, pode-se identificar como desafios importantes: dotar o CMS de informações para fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde (FMS) através da sua desvinculação da Secretaria da Fazenda, o que daria à saúde maiores autonomias administrativa e financeira; melhor aproveitamento dos fóruns da Comissão Intergestora Regional do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e das Comissões Gestoras Bipartite e Tripartite, para efetivamente influenciarem na elaboração das políticas de saúde e uma participação social no CMS que

extrapolasse o processo de apenas formalizar a participação social, através de uma atuação como instância real de poder participativo.

Dentro desta realidade, a capacitação aparece como necessidade primordial para que gestores e conselheiros tomem posições mais ativas e não sejam submissos.

Gonçalves & Almeida (2002), ao estudarem o controle social na ótica dos conselheiros, identificaram que os usuários quiseram ser conselheiros para defender os interesses da comunidade, acreditando ser o CMS o fórum adequado para a discussão e resolução das questões relacionadas à assistência prestada nos serviços públicos de saúde.

Já os prestadores quiseram ser conselheiros para defenderem os interesses das categorias e instituições representadas; estes segmentos procuram apenas questões pontuais que possam afetá-los diretamente. Os prestadores deixam de discutir o problema coletivamente e encaminham suas demandas diretamente ao secretário ou ao prefeito (Gonçalves & Almeida, 2002).

Aqui se concorda com Gonçalves & Almeida (2002) que, acreditam que esta atitude seja um protesto por terem suas vagas limitadas nos CMS, nos quais todos têm direitos iguais, enquanto que em espaços exclusivos isso não ocorre.

Gonçalves & Almeida (2002) mostram que os representantes dos órgãos formadores de recursos humanos consideram o cargo de conselheiro como 'presente de grego', o que pode trazer uma formação profissional aquém da realidade para os futuros profissionais.

É importante perceber que o desinteresse dos servidores pelas reuniões da CLS torna-se uma dificuldade para o funcionamento das CLS, pois os funcionários subestimam o espaço não comparecendo às reuniões. Além disso, em igualdade de poder de decisão como os usuários, ao agirem desta forma, os servidores procuram uma maneira de se protegerem contra as possíveis críticas.

No artigo de Gonçalves & Almeida (2002), tanto para prestadores quanto para usuários, há evidências de dificuldades para mobilizar os segmentos representados e obter apoio, Gonçalves & Almeida (2002) também relatam a insatisfação de usuários e prestadores no exercício da atribuição de planejar, uma vez que importantes temas, como programas de saúde, planejamento orçamentário, planos municipais de saúde, financiamento, já chegam prontos ao CMS e não há como discuti-los; desta forma, o CMS apenas cumpre uma formalidade.

Gonçalves & Almeida (2002) colocam a análise dentro da auto-análise feita pelos entrevistados a respeito de seu próprio desempenho, assim consideram como potencialidades a relevância que Gestor e Conselheiros dão à necessidade de decisões mais transparentes sobre o financiamento em saúde, a preocupação com a baixa credibilidade de parte dos usuários, e a pouca participação dos prestadores.

Gonçalves & Almeida (2002) identificaram limites técnicos, relacionados à forma como os conselheiros avaliam o exercício de suas atribuições, e os políticos que são o corporativismo, a não-participação na definição de políticas de saúde e no planejamento, além de falta de articulação dos conselheiros

entre si, impedindo a busca de autonomia política que poderia levá-los a constituir uma regularidade no fluxo decisório da instituição. Para as autoras:

... o colegiado precisa ter visibilidade na sociedade como um todo, ultrapassar os limites da formalidade e da burocracia publicizar suas deliberações para além dos documentos oficiais e ser para a sociedade organizada a referência para efetivamente decidir as diretrizes políticas de saúde municipal (Gonçalves & Almeida, 2002, p.173).

Ao analisar o conjunto dos artigos, nota-se que a preocupação com a participação meramente cartorial é uma constante nos textos. Os artigos recorrem à legislação como objeto imprescindível para viabilizar a participação e o controle social sobre o setor saúde, no entanto questionam se apenas o fato de existir uma legislação que garanta a participação social nas decisões do setor pode garantir qualidade ao processo.

Enquanto em Londrina, Lopes & Almeida (2001) identificam o desconhecimento do papel dos conselheiros e a falta de treinamento como dificultadores de uma atuação coerente com o que se espera dos representantes, em Sanandi, Lima (2001) mostra que a falta de preparo para a escolha desses representantes e conseqüentemente a falta de ligação com as bases que os escolheram também atuam como enfraquecedores do exercício de cidadania embutido nesta tarefa. Em Ribeirão Preto, Gonçalves & Almeida (2002) identificam as diferenças na ótica dos representantes de cada grupo envolvido, usuários, prestadores e trabalhadores, trazendo a insatisfação dos usuários e prestadores no exercício do planejamento e a preocupação dos Gestores com o financiamento, com a baixa credibilidade dos usuários e a pouca participação dos prestadores que usufruem desse espaço com uma postura corporativista. Em Icapuí, Soares Filho & Sampaio (2001), ao observarem a postura dos vários envolvidos no processo, reforçam que a

participação e o controle social se dão em vários níveis, de várias formas, evidenciando os conflitos advindos da falta de compasso entre o discurso e a prática de gestores, vereadores, conselheiros.

As questões bioéticas surgidas do direito à participação social geram reflexões sobre os tipos de representatividades dos conselheiros e a busca da equidade. A equidade no direito à saúde deve levar o conselheiro a expandir sua representação, saindo da posição corporativista ou individualista, para a defesa do bem-comum. Por isso, em uma democracia, a criação de espaços para o exercício de cidadania é uma conquista considerável e, quanto mais ampla a participação maiores são as chances de essa democracia se concretizar.

Assim coloca-se aqui, como primeira necessidade o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e, dos Conselhos como caminho legítimo de atingir esse direito. Isso gera demanda por educação e informação que construam cidadãos críticos e participativos, que combatam o uso dos espaços dos Conselhos para fins clientelísticos eleitoreiros e meramente cartoriais.

Os artigos também trazem colocações a respeito de novas estratégias de participação e controle social (Comissões ou Conselhos Locais ou Regionais de Saúde) ampliando a proposta já estipulada na Lei que são os Conselhos e as Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Fica evidente que além da instalação dos Conselhos, são necessários orçamento que garanta independência aos Conselhos e Comissões, além de informação para que os representantes reconheçam suas funções e não atuem apenas em atividades pontuais, mas também planejem e fiscalizem o funcionamento do setor saúde conforme previsto na legislação sanitária

brasileira. Além disso, é necessário reconhecer que a representação efetiva e de qualidade só acontece quando há representação das bases.

5.2 Legislação, gestão e financiamento em saúde e a participação e o controle social

Dodge (1997) embasa todo o texto na Constituição Brasileira e nas Leis 8.080, 8.142 e 8.212 para discutir os conceitos de universalidade, eqüidade e cidadania, necessários para garantir o direito à saúde, atrelando-os aos componentes estruturais do Sistema de Saúde e ao papel do Ministério Público frente à nova legislação.

Dentro da discussão do caráter constitucional do Sistema Único de Saúde, Dodge passa a abordar os princípios que garantem o acesso universal e igualitário à população, lembrando o caráter democrático da gestão administrativa assegurado pela Constituição.

A Carta Constitucional, ao considerar saúde como objetivo a ser organizado pelo poder público na forma da lei e ao organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (art 198 – I a III), aponta a participação comunitária como essencial para a realização do modelo de prestação de ações e serviços de saúde instituídos.

....a Constituição reservou para a lei a tarefa de dispor sobre a regulamentação ,fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde com observância daquele princípio de respeito a democracia e a descentralização, desde a fase de elaboração das políticas sociais a econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso do sistema, até a regulamentação, fiscalização e controle. (Dodge, 1997, p.3)

Uma novidade no contexto jurídico do país foi a instituição dos Conselhos de Saúde. No entanto, o controle do SUS não é uma atribuição exclusiva dos Conselhos de Saúde, mas também dos Tribunais de Contas, do Ministério Público e de qualquer usuário, associações ou entidades de classe e organizações não-governamentais.

Dodge (1997) cita e exemplifica os tipos de atuação dos Conselhos de acordo com a LOS, podendo ser: deliberativa sobre elaboração de propostas orçamentárias, formulação de estratégias de políticas de saúde, diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função de características epidemiológicas e da organização dos serviços, cronograma de transferência de recursos financeiros, critérios e valores para remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial; consultiva, ao assistir autoridade local ou federal no processo de planejamento do SUS, ao propor critérios para definição de padrões e parâmetros assistenciais, acompanhar processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde e na criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde e ao administrar a Comissão Nacional instituída com a finalidade de regulamentar as especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão; fiscalizatória quanto a movimentação dos recursos financeiros do SUS, à aplicação dos critérios relativos à Lei 8080/90 art 35, relativos à fixação de valores a serem transferidos para os Estados, Distrito Federal e Municípios, quanto à execução da política de saúde da instância correspondente e ao acompanhamento e controle da atuação do setor privado na área de saúde.

Para Dodge (1997) a natureza jurídica e as atribuições dos Conselhos de Saúde não estão dispostas de modo claro, de forma que permitam a compreensão de todas as características destas unidades. É importante que as atribuições dos Conselhos, para serem válidas perante a Constituição, estejam definidas em lei e não em decretos, resoluções ou qualquer outro tipo de regulamento.

Ao estudar Dodge (1997), as principais dificuldades para o exercício das atribuições dos Conselhos que aparecem estão ligadas não só à instalação, mas ao desconhecimento da extensão e da natureza das atribuições dos conselheiros, bem como das conseqüências de sua atuação em cada caso.

Embora o controle social por meio dos Conselhos de Saúde seja uma exigência lógica imprescindível, pode-se perceber através de Dodge (1997) que a falta de orçamento próprio deixa o funcionamento dos Conselhos atrelado às Secretarias e Departamentos de Saúde, além de o funcionamento desses órgãos, ficar restrito aos temas relativos à assistência médica, às medidas de caráter fiscalizador em detrimento das demais funções públicas.

Apesar de nenhuma Constituição Brasileira, além da Carta Constitucional de 1988, ter conferido à saúde o caráter do direito de cidadania e dever do Estado, atribuindo-lhe uma dimensão de relevância pública, várias medidas em prol do cumprimento da Constituição e da lei necessitam ser adotadas, não só sob o ponto de vista do SUS, mas também sob o ponto de vista de proteção dos direitos do cidadão e de promoção das ações do Estado.

Para Dodge (1997) a discussão da participação e do controle social no Sistema Único de Saúde está diretamente relacionado ao arcabouço jurídico legal que implantou o SUS a partir de 1988. Nesse sentido, a leitura trazida por

Dodge (1997) está diretamente embasada pelos princípios norteadores e organizacionais do SUS que possibilitaram articular a participação e o controle social ao papel de advocacia que o Ministério Público deve ter em relação à garantia e manutenção dos direitos instituídos à população brasileira pela legislação constitucional e infraconstitucional.

Dodge (1997) também problematiza as questões inerentes aos Conselhos de Saúde, em relação ao caráter instituído pelas legislações municipais na forma de participação e controle concebido, uma vez que dependendo da forma como estes são legislados eles poderão regular de forma democrática e ética a participação e o controle social ou não, reiterando que as dificuldades encontradas nos Conselhos estão ligadas às adversidades e ao jogo políticos entre os atores sociais presentes neste cenário.

Martins (1996) traz uma reflexão do conceito político de saúde pública e, a partir do conceito, analisa os determinantes sociais, econômicos e políticos que ela considera afetar as políticas sociais, entre elas a participação e o controle social no setor saúde.

As decisões do Estado na promoção de saúde e bem-estar, principalmente para as classes menos favorecidas são importantes pois, “decisões políticas podem tanto promover o bem-estar, como se tornarem um fator de agravamento das más condições de vida e saúde do cidadão (...)” (Martins, 1996, p.56). Isso reitera a discussão trazida por Dodge (1997) na observância do respeito ao direito conquistado através do papel exercido pelo poder judiciário.

Assim, Saúde Pública é uma área da Esfera Pública, um “espaço interinstitucional, multidisciplinar e popular de discussão e decisão sobre a

organização institucional envolvida no processo de saúde-doença-morte da população do território considerado” (Martins, 1996, p.65) e os espaços de controle social instituídos através da legislação infraconstitucional, aparecem como possibilidade para que se atinja os níveis de equidade e cidadania esperados, desde que reconhecidos e utilizados pela Esfera Pública para a promoção de saúde.

Para Martins (1996, p.74):

A legislação recente ainda permite manter a fragmentação do SUS, privilegiando o setor curativo, a centralização dos recursos, o desvio de recursos para outras áreas de interesse do Governo. A normatização do SUS tem tido um percurso instável e caótico, proliferando tentativas de manutenção dos velhos privilégios de instituições e grupos de interesses e o desrespeito aos princípios constitucionais. O processo confuso e nebuloso impossibilita a transparência necessária para que a Esfera Pública tome posse desse conhecimento e possa exercer seu papel de controle social ...

Novamente, características da democracia brasileira, como a organização política incipiente das classes populares, a omissão política da classe média, a atuação dos setores trabalhistas como aliados de grupos de interesses que se eternizam no poder, aparecem como empecilho para a saúde tornar-se então, componente do bem-estar social a ser viabilizado pelo Estado, direito de cidadania e pressuposto da vida organizada em sociedade.

Elas acabam por facilitar o desvio do financiamento público apenas para alguns segmentos sociais como, o dos políticos e o dos empresários, prejudicando a maioria da população, principalmente no tocante à Seguridade Social e à Saúde, mas a possibilidade de intervenção nessa realidade surge através da atuação da Esfera Pública no controle dos Fundos Públicos.

... o Movimento Sanitário de Saúde torna-se o grande catalisador das forças sociais dispersas, demonstrando uma extraordinária vocação mobilizadora e integradora, ao reunir e canalizar as diversas manifestações difusas na sociedade (Martins, 1996, p.70)

No decorrer do artigo, fica claro que o modo de atuação da Esfera Pública está intimamente ligado à forma como transcorrerá o Padrão de Financiamento Público, sendo importante não só para a manutenção do regime instalado, mas principalmente para a melhoria das condições de distribuição de renda da sociedade. Portanto, é nítida a importância do controle social desenvolvido pela Esfera Pública sobre o Padrão de Financiamento Público para que este atenda aos interesses a que se destina. Assim

... a condição do direito do voto permite esperar que a população, cada vez mais, passe a ter uma participação mais efetiva nas decisões políticas, que se torne mais consciente e organizada para ocupar e manter seus espaços na Esfera Pública, ampliando o âmbito democrático (Martins, 1996, p. 77).

Pois através de Goudbout (apud Wendhausen, 2002, p.172).podemos afirmar que

É a participação que possibilita o funcionamento das instituições democráticas de um lado porque constitui a base da representação e de outro porque educa os cidadãos, dos quais faz indivíduos capazes de praticar a democracia

Desta forma de organização dos serviços de saúde sob o prisma da descentralização e, uma maior participação e controle social têm a capacidade de reformular o modelo de atenção a saúde, o que reforça o caráter inovador e ético da legislação sanitária.

Fernandes & Monteiro (1997) discutem a experiência de um serviço de saúde na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, o qual consideram como proposta intermediária entre as propostas estatizantes e as privatizantes de organização dos serviços de saúde.

O artigo publicado por Fernandes & Monteiro (1997) destaca a eficiência do trabalho desenvolvido pela associação de moradores da favela da Rocinha onde foi construído um serviço de saúde administrado pela própria

comunidade, o Posto de Saúde da Associação de Moradores e Amigos do Bairro Barcellos (PS. AMABB).

A favela, na época, possuía cerca de cem mil habitantes em uma área de aproximadamente 6km², não dispondo de assistência adequada devido ao estrangulamento das unidades públicas de saúde da área. Em 1982, a AMABB realizou uma pesquisa para identificar as demandas prioritárias da área e a principal necessidade referida foi a assistência à saúde. A associação obteve um financiamento externo e com o apoio da prefeitura, em regime de mutirão, construiu o posto de saúde (Fernandes & Monteiro, 1997).

É possível perceber através de Fernandes & Monteiro (1997) que a modificação das relações Estado-Sociedade podem ser inferidas pelas organizações comunitárias, não só na representação política, mas também na gestão e organização de serviços destinados à população. As mudanças apontadas no papel do Estado levam a uma tendência de esvaziamento da função de provedor de bem-estar social, dando lugar a um conjunto de propostas que criticam a ineficiência e a inviabilidade econômica da centralização estatal. Assim sobre o Estado neoliberal, Fernandes & Monteiro (1997, p.128) afirmam:

... mostra-se incapaz de conduzir a um desenvolvimento social adequado acentuando a concentração de renda e a exclusão de grupos populacionais cada vez mais amplos ao acesso a bens de consumo, levando com isto ao aumento da miséria e da violência

No entanto, uma forma de trabalhar a redução da responsabilidade do Estado, trazida pelo neoliberalismo é o controle social nas atividades onde o Estado mostra-se ineficiente.

... trata-se, portanto, de buscar alternativas de formulação, gestão e execução de políticas sociais que apresentem uma melhor relação de

eficiência e equidade, rompendo-se com posturas apriorísticas que acabam não levando em consideração, afinal, o bem-estar público no seu sentido mais objetivo (Fernandes e Monteiro, 1997, p.128).

Ou seja, um processo de inclusão social, não só com direito ao acesso a equipamentos públicos como também ao reconhecimento da capacidade criativa propositiva e gerencial das camadas populares.

Ao discutirem a participação comunitária nas políticas públicas, Fernandes & Monteiro (1997, p.129) mostram que existe um nível baixo de participação da população e que “é preciso considerar que as formas participativas das camadas populares não são necessariamente semelhantes à de outros segmentos populacionais”, tornando-se necessários a adequação ao conhecimento e o interesse da população para que haja uma adesão realmente legitimadora da posição da comunidade.

O modelo assistencial desenvolvido no posto se fundamenta no conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) que se distancia das concepções de assistência massificada, baseada em indicadores epidemiológicos para pobres, e no atendimento fundamentado em conhecimentos fisiopatológicos apenas para as camadas de maior poder aquisitivo.

A estrutura organizacional foi sendo desenvolvida de acordo com os obstáculos surgidos no serviço. Fernandes e Monteiro (1997) apontam a existência de inter-relações entre o modelo organizativo na APS e o modelo assistencial que surgem a partir do diálogo entre o conhecimento teórico-científico e o conhecimento politicamente legitimado das pessoas sobre suas condições de vida.

Os problemas enfrentados pelo serviço, considerados mais importantes pelos autores, se referem à questão gerencial da unidade, resolvida com o

fortalecimento da entidade e, graças ao suporte da Comissão de Saúde, foi criada uma estrutura suficiente para a manutenção da unidade. O outro problema refere-se à relação das entidades comunitárias com o tráfico de drogas. Fernandes & Monteiro (1997, p.133) acreditam que:

... à proporção que as entidades comunitárias passem a ter uma responsabilidade mais formal e objetiva na implementação de políticas locais, elas encontrarão o incentivo suficiente para promoverem uma certa contra-cultura em relação ao que tem sido chamado 'lei do morro'.

Fernandes & Monteiro (1997) concluem o artigo apontando os aspectos generalizáveis, que podem fundamentar a difusão desse tipo de alternativa para a organização da APS e propõem melhorias para o serviço.

Assim, o diferencial quer sejam em serviços estatais ou privados de cunho público é a estruturação das unidades no interesse da própria comunidade, possibilitando o fortalecimento e o desenvolvimento comunitário e pressupondo maior possibilidade de controle social e uma maior aplicação dos recursos obtidos em prol da comunidade.

O artigo escrito por Bloch & Balassiano (2000) propõe analisar alguns aspectos da democracia e do poder local inter-relacionando-os: o perfil dos gestores municipais, a capacidade inovadora desses gestores e o porte demográfico do município. Deste modo originou-se de uma pesquisa realizada pela Escola Brasileira de Administração Pública/ Fundação Getúlio Vargas (EBAP/FGV) em 1422 dos 4973 municípios existentes no ano de 1996, com o intuito de verificar as transformações ocorridas na gestão municipal da saúde, a partir da descentralização, tomando como referência o Secretário municipal de Saúde.

Bloch & Balassiano (2000) constroem o conceito de democracia utilizado no decorrer do estudo como instrumento que está ligado ao fortalecimento do

poder local, à conquista do direito à participação da sociedade na gestão pública, à implementação de políticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população e ao reconhecimento da diversidade como parte da cidadania.

Dentro dos aspectos analíticos, Bloch & Balassiano (2000) discorrem sobre a democratização da gestão pública e a importância que o poder local e o fortalecimento dos municípios têm assumido.

Mais uma vez, a Constituição de 1988, é caracterizada como agente indutor da descentralização político-administrativa do governo federal para estados e municípios, tornando-se uma opção para diversificar os espaços destinados à participação e ao controle social, rompendo com as fronteiras que separam o Estado do cidadão e produzindo melhoria na qualidade de vida dos excluídos.

Assim os municípios assumem papel relevante na construção da democracia, pois através de transformações político-administrativas os municípios podem atuar de maneira significativa e inovadora, transformando o poder local em catalisador de forças sociais que geram projetos e lideranças inovadores nos governos e na sociedade. Ou seja, a descentralização e o fortalecimento do poder local são importantes fatores de legitimação dos regimes democráticos desde que baseados em valores como participação, governabilidade e eficiência.

Quando Bloch & Balassiano (2000) defendem que a representação do tipo tradicional limitada é insuficiente para atender às exigências da nova sociedade civil, tornam-se necessários atores sociais capazes de assegurar resultados. Para tal, a sociedade civil deve ser chamada a participar da gestão do Estado, existindo diálogo entre Estado e sociedade e a idéia de democracia

não pode se restringir ao plano de regime político, mas deve estar ligada à conquista do direito à participação da sociedade na tomada de decisão, execução e gestão das políticas gerais.

Levando em consideração que descentralização e participação, apenas, não levam à democratização Bloch e Balassiano (2000) consideram que é preciso que ocorra o fortalecimento do poder local com a multiplicação de canais de intervenção na ação estatal, e a divisão do poder adquirido pelo governo municipal com os diversos atores da cena local, o que redefine as relações entre Estado e sociedade civil.

Na discussão sobre a importância do município evidencia-se que o fracasso das políticas sociais deve-se ao fato de serem únicas, universais, ignorando as diferenças entre os possíveis beneficiários e que a articulação mais direta entre Estado e sociedade, se ocorrida na esfera municipal, tornaria os problemas de gestão pública mais transparentes e de maior repercussão. O município poderia se transformar em agente de justiça social ao identificar os problemas que dependem de ações locais, possibilitando dessa forma a democratização das decisões (Bloch & Balassiano, 2000).

Assim, pode-se ligar o conceito de democracia à inovação relacionando-a ao rompimento dos padrões tradicionais de gestão relativos às relações de poder entre os atores locais, tanto governamentais quanto não governamentais, e entre as esferas municipal, estadual e federal.

Ao se posicionarem em relação ao papel das prefeituras:

... têm responsabilidade de estimular a organização popular, através de iniciativas que permitam o acesso da população a informações, possibilitando o acompanhamento e a fiscalização dos projetos governamentais e que contribuam para o florescimento de uma nova cultura política (Bloch & Balassiano, 2000, p.152).

Bloch & Balassiano (2000) expressam que, diante do papel do município em relação à democratização do poder local, devem ser levados em conta projetos de articulação entre governo e atores locais e a negociação em busca do interesse público. Além de identificar os atores envolvidos, suas capacidades, seus interesses, para se construir um aparato institucional a partir de conselhos locais, consórcios intermunicipais, cooperativas, associações comunitárias, catalisando as forças sociais e criando foros com a participação dos diversos atores e elaborando parcerias nos diversos níveis, mas que não devem ser ações monopolizadas pelo poder público, pois só serão eficazes se representarem um projeto apropriado pela sociedade e criarem uma nova cultura política democrática.

Para que se alcance a democratização da gestão, Bloch & Balassiano (2000) apontam para uma gestão distinta da tradicional, marcada por três movimentos diferentes: a transferência ou partilha do poder entre as esferas de governo e entre Estado e Sociedade; maior transparência na gestão; e promoção de justiça social. Também consideram necessária a distribuição do poder entre Executivo, Legislativo, Judiciário e a burocracia. Os setores envolvidos precisam ser fortes, organizados e representativos para participarem das decisões e avaliações de modo a interferirem na gestão das políticas e para que as demandas dos diversos setores sejam atendidas.

Concorda-se com Bloch & Balassiano (2000) quando eles afirmam que os municípios não podem ser considerados de forma simétrica, por apresentarem realidades distintas em relação ao tamanho da população, nível de urbanização, base econômica, condições físicas, estrutura político-administrativa, perfil e percepções do prefeito e dos vereadores e grau de envolvimento da comunidade.

Nos resultados encontrados por Bloch & Balassiano (2000), a variável de primeira ordem mais expressiva na caracterização do gestor municipal foi a experiência associativa/participativa, seguida de perfil profissional, contrariamente ao perfil sócio-econômico e experiência político-eleitoral-partidária, o que demonstra que a participação em entidades da sociedade civil caracteriza mais o gestor municipal da saúde do que a atuação em partidos políticos e campanhas eleitorais.

No âmbito da inovação, a variável mais expressiva foi a dimensão gerencial, enquanto a dimensão assistencial teve pouca influência na caracterização da inovação/gestão.

Já na dimensão gerencial, o indicador mais forte foi o desdobramento das denúncias ou demandas recebidas na gestão; os outros indicadores: instrumentos utilizados para receber informações ou demandas, parceiras, convênios e projetos e apoio técnico também foram expressivos na inovação gerencial.

Bloch & Balassiano (2000) observaram uma forte relação entre gestor e inovação e relações menores entre porte demográfico e gestor e o porte demográfico e inovação. Assim, se considerarmos a responsabilidade do Estado no estímulo à participação e ao controle social, podemos concluir que características relacionadas ao gestor têm papel determinante no processo de descentralização mais do que qualquer outra característica relacionada ao município, o que implica na necessidade de se investir na capacitação dos gestores como ponto estratégico de estímulo ao controle social.

Como existe forte correlação encontrada entre perfil do gestor e inovação na gestão, é interessante pensar em gestores como agentes de desenvolvimento local. Agentes criativos com capacidade estratégica nas tarefas inerentes à gestão do desenvolvimento podem ser catalisadores

adequados, para que potencializando o já existente, se possa responder com êxito aos novos desafios (Bloch & Balassiano, 2000, p.161).

Apesar de reconhecerem a democratização trazida pela Constituição de 1988 como um avanço para a participação e o controle social, os desafios trazidos por Bloch & Balassiano (2000) estão relacionados à restrição do conceito de democracia, à necessidade da construção de um aparato institucional para a garantia da participação e do controle social, ao fortalecimento do poder público nesse exercício de participação e controle, além da adequação do perfil do gestor para o estímulo à participação e ao controle social no setor saúde.

Pessoto, Nascimento & Heimann (2001) propõem um texto sobre as mudanças no Sistema Único de Saúde através do aprofundamento do processo de participação comunitária.

Considerando a vigência da NOB 01/93 como um momento que apresentou grandes contribuições para a descentralização do SUS, Pessoto, Nascimento & Heimann (2001) optaram por estudar os efeitos que a gestão semiplena produziu no interior dos Sistemas Municipais de Saúde em doze municípios que já reuniam experiência de dois anos consecutivos de gestão semiplena preconizada pela NOB 01/93.

Em relação à municipalização, os autores defendem que ela só pode ser entendida como processo verdadeiramente descentralizador, na medida em que houver fortalecimento dos poderes locais e aprofundamento da prática da gestão descentralizada e participativa do SUS, para o exercício do controle social sobre a produção e serviços de saúde como está no Relatório Final da 8ª CNS.

Na apresentação dos resultados, os autores verificaram que nos doze municípios estudados, a implantação dos Conselhos foi anterior à NOB 01/93.

Em metade dos municípios existiam outros mecanismos de participação que não os estipulados por lei e, após a adesão à condição de gestão semiplena, ocorreram mudanças na legislação de todos os municípios, apontando para o fortalecimento dos CMS, sendo que cinco municípios alteraram a composição dos CMS propondo o aumento da representatividade da comunidade, em alguns casos instaurando a paridade prevista em lei. Em outros, a presidência do CMS deixou de ser prerrogativa do Secretário Municipal de Saúde. Também surgiram parcerias com meios de comunicação local e construções de câmaras técnicas para o acompanhamento das ações do executivo, além de tentativas de articulação nacional com o objetivo de fortalecimento do Conselho diante dos níveis do poder executivo.

Os resultados acima descritos são sinais evidentes de que a gestão semiplena deu maior aporte de recursos para esses municípios e maior autonomia na gestão deles, incrementando a participação comunitária, alterando o grau de dependência dos usuários em relação ao saber médico e mobilizando os conselheiros para se qualificarem para participar desse tipo de espaço político e também técnico-institucional.

No entanto, Pessoto, Nascimento & Heimann (2001) trazem questionamentos relevantes: a contradição entre a plataforma de governo e as deliberações dos CMS, a quem os conselheiros realmente representam e de que forma se dá essa representação.

Pessoto, Nascimento & Heimann (2001, p. 95) sinalizam que o processo de democratização através do controle social “implica não uma passagem da

democracia representativa para a democracia direta e sim da democracia política para a democracia social” e que o poder dos conselhos não sub-roga o poder do executivo ou do legislativo, mas toca em um grande poder ainda imune ao processo de democratização: a administração pública.

Mafioletti (1997) traz um histórico da participação e controle social no setor da Saúde no Município de Curitiba (PR), identificando o controle social como um instrumento antigo, resgatado pelos movimentos sociais como crítica e alternativa à democracia representativa e à participação das massas e na gestão democrática., o que se confirma através de Correia (2000, p.56)

O Movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS. Além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política de saúde do município.

Ao abordar a legislação então existente Mafioletti (1997) mostra a antecipação municipal à resolução n. 33 de 23 de dezembro de 1992 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, uma vez que a Constituição do Estado do Paraná já estabelecia a participação de usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviço e gestores através da criação do Conselho Estadual de Saúde.

A resolução n. 2 do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, de 12 de maio de 1992, já instituía as Conferências e Conselhos Locais de Saúde, devendo ser organizados pelas Unidades de Saúde com funções consultivas, deliberativas e fiscalizatórias. E, a lei 7631 de 17 de abril de 1991 também se diferenciava ao autorizar a Constituição da Conferência Municipal de Saúde e

do Conselho de Saúde no Município de Curitiba junto com o decreto 362 de 21 de junho de 1991 efetivando a composição do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (Mafioletti, 1997).

Mesmo com as dificuldades apontadas por Mafioletti (1997) (acesso às informações e o pouco envolvimento dos representantes do Poder Público, enfrentados durante o processo de instalação da participação e do controle social), através da retomada do processo histórico de participação e controle social em Curitiba, é possível evidenciar vários ganhos no processo instaurado: garantia de um canal de comunicação com os usuários através de um boletim bimestral a partir de junho de 1996 e de infra-estrutura mínima necessária para o funcionamento incluído como órgão de previsão orçamentária da Secretaria de Saúde. O que reforça a idéia de que a participação e o controle social são conquistados diariamente dentro das ações cotidianas dos Conselhos, sendo necessário além da legislação que os respalde, envolvimento e compromisso da sociedade.

Aciole (2003) traz em seu artigo uma reflexão sobre a implantação, a composição e o papel dos Conselhos de Saúde, relacionando-os com a proposta de financiamento do SUS.

Ao iniciar o texto, Aciole (2003, p.64) afirma que: "... a efetivação plena do SUS reside no fato de a existência dos Conselhos de Saúde constituir um instrumento possível para a concretização dos aspectos jurídico-normativos que as Leis Orgânicas da Saúde estabelecem".

Aciole (2003) questiona a composição dos Conselhos e os papéis daqueles que os compõem, já que seu principal papel é desenvolver mecanismos de controle social do SUS. Ele identifica o espaço dos Conselhos

como representante de um aspecto da Reforma Sanitária que se voltava para a democratização do Estado e para a recuperação da autonomia política dos municípios. Portanto, relaciona a efetivação do SUS com o fortalecimento da organização da sociedade civil e o rompimento do Estado com uma postura autoritária, centralizadora e refratária às manifestações dos usuários. Assim questiona (Aciole, 2003, p.66) “será que o fato de temos milhares de conselhos em funcionamento no Brasil afora significa a ocorrência de uma revolução silenciosa no seio da sociedade civil?”

Ao pensar no papel do usuário, Aciole (2003, p.67) lembra que “deverão se apresentar através de organizações sociais” e alerta que numa sociedade de baixa politização onde os políticos são considerados sinônimos de descompromisso público, este tipo de representação pode gerar atavismos reivindicatórios e militâncias desenfreadas.

Quanto aos trabalhadores, Aciole (2003) coloca que estes também recebem influências positivas ou negativas da sociedade, além de estarem inseridos em uma estrutura que determina e influencia de modo negativo o alcance resolutivo das ações, o que dá ao trabalhador a chance de defender suas condições de trabalho. Mas também mostra que aparecem possibilidades de posições corporativas ou centradas na racionalidade técnica e na neutralidade científica, evitando o exame crítico por parte daqueles que recebem o serviço, assim como o gestor, que pode atuar de modo burocrático, autoritário e manipulador dando ao Conselho apenas um caráter formal.

Neste ponto podemos identificar uma certa relação com o texto de Bloch & Balassiano (2000) ao identificar a importância do gestor e de sua formação para ocupar tal cargo com a qualidade da participação social desenvolvida.

Aciole (2003) caracteriza a relação do gestor na participação e no controle exercidos pelos conselhos afirmando que a relação do Conselho com o gestor e com o cumprimento do papel institucional está diretamente ligada com a forma de constituição do Conselho, a organização dos movimentos sociais envolvidos e a representatividades de seus membros.

... tanto usuários quanto trabalhadores e gestores vivenciam uma confusão de papéis em que, sob matizes e intensidades variadas, ora atuam como se fossem o outro, querendo impor a verdade de si para outrem e refratários ao inverso, ora podem estar presos às perspectivas de diálogo de surdos – envolvidos num jogo manipulatório restrito às disputas pessoais – perdendo de vista o interesse público. (Aciole, 2003, p.68)

Apesar da origem relacionada a uma exigência legal, estes fóruns devem colaborar para a aglutinação de forças políticas, visando à constituição de um sistema democrático, descentralizado, universal e igualitário e, este tipo de colegiado deve se tornar autônomo, além de propor e realizar alternativas para as políticas governamentais.

Portanto, a forma de constituição do Conselho, o grau de organicidade dos movimentos sociais, a representatividade dos membros e a atitude do poder público, são fatores primordiais na forma de funcionamento dos Conselhos. Assim, quanto maior for o interesse formal em habilitação do município para o recebimento de verbas federais, mais formalmente será a atuação do Conselho e vice-versa. Reforça-se então, a necessidade de consolidação da democracia através de uma consciência cívica coletiva para a efetivação da saúde como está previsto na lei, identificando os Conselhos como o espaço de mudança (Aciole, 2003; Pessoto, Nascimento e Heimann, 2001).

No artigo de França, Araújo & Carvalho (1997) são relacionados o modelo de saúde do estado da Paraíba e as formas de participação e controle social que lá acontecem.

Para França, Araújo & Carvalho (1997), o modelo de atenção em saúde discutido caracteriza-se por uma ação curativa e hospitalocêntrica, tendo como objeto a doença e sustentado na centralização. Um tipo de modelo em que alcançar resultados é produzir mais serviços. As consequências dessa opção são a fragmentação de ações vinculadas ao uso de informação para a tomada de decisão; o incipiente desenvolvimento institucional; o inadequado provimento de insumos básicos; a fragilidade na prática interinstitucional; a inadequada definição dos investimentos. Tudo isso acaba se traduzindo na baixa qualidade da assistência e na insatisfação do usuário.

Apesar da opção pela descentralização da gestão, a maioria das ações e serviços, de acordo com França, Araújo & Carvalho (1997), continua centralizada na esfera estadual, já os municípios atuam como gestores de unidades básicas, o que para eles reduz a possibilidade de planejamento de um sistema local de saúde. Além de destacarem como falhas no processo de descentralização as ingerências do modelo político-administrativo vigente, a municipalização com forte tônica cartorial, a frágil organização dos municípios e a representação distorcida dos dirigentes técnicos sobre o processo de descentralização,

França, Araújo & Carvalho (1997) mostram que a fragilidade do processo de participação, sem o engajamento da sociedade civil no controle das ações de descentralização bem como a inadequada política de informação e de comunicação entre os cidadãos e as instâncias de controle e os municípios,

são pontos críticos, o que acaba se refletindo em forma de descompasso entre as ações de saúde e as necessidades da população.

No tocante à participação social, dos 223 municípios existentes na época da publicação do artigo de França, Araújo e Carvalho (1997), 151 possuíam Conselhos Municipais de Saúde e destes, 99 estavam habilitados a alguma condição de gestão da NOB 93, demonstrando a intenção meramente cartorial da constituição desses fóruns, principalmente para o atendimento das exigências conveniais de credenciamento dos municípios para o recebimento de recursos financeiros como no caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Essa idéia é reforçada por problemas como as ingerências políticas na constituição do CMS e nas suas deliberações, falta de autonomia dos Conselhos, a baixa capacitação dos Conselheiros e estrutura de funcionamento deficiente. Esse tipo de situação leva os Conselhos a se desvirtuarem de sua finalidade básica que seria receber as demandas da sociedade civil a qual representam, inexistindo assim o processo de comunicação entre o conselheiro e sua base de representação.

Ao se propor o fortalecimento do Sistema Local de Saúde como meio de se avançar na construção do SUS, privilegiando a configuração de um sistema de atenção que proporcione ações e serviços com qualidade e resolutividade e explicitam ações condicionadas à NOB/96 que visam à consolidação do SUS, pode se relacionar a descentralização político-administrativa com a efetivação do controle social sobre os serviços de saúde.

O fortalecimento então, está relacionado à ação contínua junto aos Núcleos Regionais de Saúde para que estes funcionem como facilitadores do

processo de municipalização das ações de saúde, à reativação do Conselho Estadual de Saúde e seu resgate como espaço deliberativo da Política Estadual de Saúde, à ativação das Comissões de Gestores Bipartite Regionais, à realização da Conferência Estadual de Saúde assim como das Conferências Regionais, ao apoio às Conferências Municipais de Saúde, à ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), à normatização do SUS dentro da esfera estadual e às reuniões com os prefeitos e secretários de saúde em que se propõe parcerias para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Programas estes, que têm o compromisso do estímulo à participação e ao controle social como estratégia de promoção de saúde.

Bodstein (2002) discute a política de reorganização do sistema de saúde a partir da descentralização introduzida pelo SUS no Brasil, dando ênfase ao papel do Estado como indutor dessa descentralização, destacando a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica têm adquirido no contexto da política setorial nos últimos anos, através da adoção de um conjunto de práticas e medidas que transferem para os municípios a responsabilidade da atenção básica e a avaliação deste processo.

Bodstein (2002) explica que, para se entender a descentralização ocorrida na maioria dos municípios brasileiros a partir de 1998 com a implementação da agenda setorial, é preciso uma compreensão mais geral do processo, considerando a diversidade de situações dos contextos locais.

Bodstein (2002) coloca que as mudanças induzidas pelo processo de descentralização geram impactos tanto na reorganização das secretarias municipais, quanto no acesso aos serviços de saúde e na estrutura e

composição da rede ou dos sistemas locais, no que se refere à extensão e na qualidade da assistência.

... é de extrema importância quando se trata de caracterizar o desempenho institucional, trabalhar com indicadores de adesão e compromisso do poder público, por um lado, e co-responsabilidade da população por outro, antes de se avaliarem resultados e impactos finais. Bodstein (2002, p.403)

Portanto há necessidade de se refletir sobre os termos do debate da política voltada para a atenção básica no Brasil, ou seja, indicadores e resultados intermediários são necessários no entendimento das mudanças em curso bem como no da diferença dos impactos finais e, no caso da descentralização e da municipalização da saúde. Devem-se enfatizar as variáveis explicativas que identifiquem inovações no contexto da gestão, no compromisso e na responsabilidade pública, além de analisar o contexto de implantação e os ajustes entre os princípios do SUS e sua execução.

Ao analisar as estratégias de implementação da atenção básica, Bodstein (2002) refere-se à LOS e às NOBs 93 e 96 como instrumentos fundamentais e atrativos para estados e municípios aderirem à descentralização. Considera a principal estratégia para garantir a prioridade à atenção básica a introdução do PAB (Piso de Atenção Básica) que altera a lógica do repasse dos recursos federais, incentivando os municípios a assumirem progressivamente a gestão da atenção básica de serviços de saúde, obrigando a criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, dando relativa autonomia e crescente responsabilidade ao gestor municipal e dissociando a produção do faturamento.

Um ponto considerado nevrálgico pode ser o consenso da necessidade de universalização de um conjunto de medidas de atenção primária em saúde

de base municipal. Ao se considerar as diferenças regionais, a autora se pergunta (Bodstein, 2002, p.408):

...em que medida a política de reorganização da atenção básica e a pequena mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização no setor tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, dado pela própria heterogeneidade e desigualdade social existente no país.

Neste contexto, Bodstein (2002) identifica como mecanismos utilizados pelo governo federal para a indução de estados e municípios na priorização da atenção básica a adoção do PSF e PACS.

Avaliando o impacto dessas medidas, o PAB deve trazer impactos a médio e longo prazos na oferta de serviços. Os resultados esperados são a “capacitação das secretarias municipais para responderem pelo desenvolvimento de programas, ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde, ampliando acesso à saúde” (Bodstein, 2002, p. 406)

Mesmo não havendo automatismo entre descentralização, responsabilidade e controle social, o processo de descentralização constitui-se em um caminho para o diálogo entre as políticas públicas e a sociedade, para a cidadania e para o controle social. Ainda que sejam enfrentados problemas pelos Conselhos de Saúde em suas diversas instâncias, a criação dos mesmos amplia espaços e a agenda pública. Assim, mesmo existindo crítica aos pontos negativos ou pouco expressivos a proposta original e os princípios gerais da participação e do controle social no setor saúde no deve ser invalidada.

Bodstein (2002) relaciona o fortalecimento dos conselhos com o desempenho do poder público afirmando que quanto maiores a capacidade de gestão de planejamento de suas atividades e prioridades, o monitoramento e a

avaliação de seus resultados, tanto maior o espaço para a participação e o controle social e que, apesar do papel insubstituível do poder público.

Neste grupo de artigos, o controle dos Fundos Públicos pela Esfera Pública, ou seja, aparece correlacionando fortemente a concepção da participação do controle social no controle e gestão dos recursos aplicados na saúde. Os textos discutem situações diferentes, mas são convergem para a participação comunitária como alternativa para a melhoria da atenção em saúde. Convém destacar que, o papel do gestor na validação do controle social sobre as ações de saúde, torna-se peça-chave, bem como o envolvimento dos demais poderes públicos (legislativo e judiciário).

Um dos avanços trazidos pelo arcabouço jurídico-legal em relação à participação e ao controle social é a possibilidade do Ministério Público atuar mais amplamente em um campo, antes restrito, através de instrumentos legais e em parceria com a sociedade, tornando-se mais um recurso na defesa dos direitos conquistados, inclusive no direito a uma participação ativa e não apenas formal (Dodge, 1997).

Ao se discutir os modelos de atenção, as propostas de participação e controle social podem ser visualizadas de formas diferentes. Uma em que a participação surge como estratégia de reorganização do modelo através da proposta do SUS, através da participação e do controle social dos serviços estatais de saúde. Outra alternativa está baseada na organização e controle de serviços privados de caráter público. Ambas as propostas, relacionadas com as mudanças na relação Estado-sociedade.

Conclui-se que cada vez mais é necessária a formação de parcerias com outros setores organizados da sociedade na resolução de problemas inter-

relacionados tais como saneamento, habitação, educação, trabalho, renda, etc, expandindo as formas de participação e controle social.

As reorganizações quantitativa e qualitativa dos serviços locais de saúde dependem fortemente da capacidade de gestão (Mafioletti, 1997; Martins, 1996; Aciole, 2003; Bodstein, 2002), e explicam em grande parte as variações de resultados e impactos na saúde da população. Portanto, através de Dodge (1997), Mafioletti (1997), Martins (1996), Aciole (2003) e Bodstein (2002), verifica-se que o Estado tem um papel indutor na organização e no fortalecimento técnico-gerencial através de um conjunto integrado de medidas que retratam a inovação no desenho da reforma sanitária brasileira; no processo de descentralização da saúde, e na capacitação técnica adequada para que os gestores trabalhem a favor do controle social nas ações de saúde.

Dodge (1997), Mafioletti (1997), Martins (1996), Fernandes & Monteiro (1997), França, Araújo & Carvalho (1997) e Aciole (2003) alertam para o envolvimento da comunidade e colocam que este não depende somente do grau de instrução dos usuários, mas da forma como a comunidade se identifica como parte responsável no enfrentamento dos problemas existentes.

Bodstein (2002) também sinaliza a participação cartorial como obstáculo a ser superado, no entanto, acredita que a criação do FMS e do CMS, Piso de Atenção Básica – PAB funciona como estímulo à participação e ao controle social e que o processo de descentralização político-administrativa caminha para o diálogo Estado-sociedade.

A Lei 8.142 e as NOB 93 e NOB 96 são um ganho para na busca da participação e do controle social, como mecanismos de solução para problemas que atinjam a coletividade. Porém, os pontos a serem melhor

trabalhados relacionam-se às contradições entre as plataformas de governo e as deliberações dos Conselhos e a representatividade dos Conselheiros, as posições corporativas dos trabalhadores, a atuação às vezes burocrática do gestor e a confusão de papéis entre os participantes, representantes dos usuários, dos trabalhadores, dos prestadores de serviço e do poder público.

5.3 Informação em saúde e a relação com a participação e ao controle social

Há uma grande variação dos temas abordados, desde artigos que trabalham especificamente com treinamento de conselheiros (Pedrosa J., 1997; Pederneiras, Lima & Silva, 1996); informações produzidas nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde (Pedrosa A., 1998; Teixeira, 1996); relatos sobre formas de planejamento (Moura, 1996); até aqueles que têm a participação popular e o controle social como pano-de-fundo para assuntos mais específicos, como o ensino de graduação em enfermagem (Silva Nozawa & Freitas, 2000); ou a atuação da vigilância sanitária (Valente, 2001).

No entanto, existe concordância na necessidade da informação para a construção de sujeitos mais atuantes, mostrando que a informação forma participantes mais conscientes e menos submissos aos conhecimentos técnicos ou às manipulações de interesses de grupos minoritários, a concepção de participação e controle social aqui está relacionada com a criação de sujeitos mais autônomos e participantes, sejam conselheiros, trabalhadores ou usuários.

No texto produzido por J. Pedrosa (1997), o objetivo é relatar a experiência de intervenção pedagógica junto aos conselheiros de saúde de

duas Diretorias Regionais de Saúde do Estado do Piauí, através do Projeto de Incentivo ao Controle Social e à Participação Popular na Construção do SUS, do Ministério da Saúde. O texto analisa duas questões: a forma em que os conteúdos são apresentados – seminários; e o conteúdo da discussão, centrado em conceitos como cidadania, democracia e legitimidade.

Na introdução, J. Pedrosa (1997, p.742) adota a definição de controle social definida no material do Ministério da Saúde utilizado para o treinamento “processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas, políticas do governo”, e ressalta uma relação de direitos e deveres do cidadão para com o Estado, entendendo o Conselho de Saúde como uma forma de democracia no qual convivem representantes dos setores da sociedade civil e o Secretário da Saúde.

J. Pedrosa (1997) revela que, em termos coletivos, o conselho é um espaço desconhecido, e considera que, devido ao processo de constituição de conselhos na região, o sentido que cada conselheiro tem é variável e relaciona-se com as experiências por ele vividas. Assim, a questão do conteúdo se relaciona com a forma com que cada participante concebe a realidade e como atua diante dela.

Ao descrever o processo de aplicação do método escolhido, J. Pedrosa (1997) reforça a importância da construção do controle social como suporte para o reconhecimento dos outros e de suas potencialidades. A discussão a respeito do significado de controle social teve como ponto de partida as diferenças evidenciadas nas relações entre o cidadão e o Estado num regime democrático e num regime autoritário e as intervenções do monitor

evidenciavam para o grupo, por meio de fala dos participantes, as possibilidades de ação para o Conselho Municipal. Dentro do relato da experiência, o autor nota que a mesma atividade pode produzir resultados diferentes de acordo com as peculiaridades dos grupos.

J. Pedrosa (1997) conclui ressaltando a importância da educação em saúde nesse tipo de situação, desenvolvida com bases em metodologias e abordagens que levem à construção dos significados dos temas em foco pelo próprio grupo. Além disso, reforça que a utilização de analisadores da situação da institucionalização do controle social contribui na compreensão do significado do processo por parte dos promotores da intervenção ou por parte dos envolvidos, e que o enfoque do tema pode mudar de acordo com o momento pelo qual passa o grupo.

Pederneiras, Lima & Silva (1996) consideram necessário contemplar a relação sujeito a sujeito vislumbrada originalmente na participação social em saúde em uma sociedade com um grau de organização ainda baixo. Portanto, relatam uma atividade de treinamento para conselheiros municipais de saúde produzida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Estado da Paraíba (NESC/PB). O texto fala sobre a atividade de capacitação desenvolvida para 802 Conselheiros Municipais de Saúde de 75 municípios entre setembro de 1994 e maio de 1995.

Analisando as fichas de inscrição, Pederneiras, Lima & Silva (1996) identificaram que 7% dos Conselhos Municipais de Saúde não eram paritários em sua composição e que todos os municípios se encontravam na fase inicial do processo de municipalização – gestão incipiente. Os participantes, em sua maior parte, eram representantes dos serviços de saúde.

De acordo com os autores, os resultados foram satisfatórios, pois lhes deram oportunidade de atuação dentro do processo de municipalização, além de ajudá-los a reconhecer a realidade social do Estado que, através de um programa de fortalecimento do controle social ofereceu para os conselheiros, atividades de suporte teórico, ajudando-os a entender o papel por eles exercido e como se dá sua atuação no processo do sistema de saúde municipal.

Ao trabalharem o treinamento de conselheiros, J. Pedrosa (1997) e Pederneiras, Lima e Silva (1996) defendem que a capacitação dos conselheiros para o exercício da função pode trazer diferenças no tipo de controle social exercido pelos grupos que passam pela experiência.

É preciso levar em conta que as estratégias para a dominação e o controle político encontram-se presentes em todos os espaços da vida social, mas o espaço do conselho deve ser um espaço transparente.

E, para participar deste espaço e desenvolver ações de interesse coletivo é necessário o reconhecimento de si mesmo e do outro com igualdades e diferenças, porém com autonomia. Desta forma, a capacitação de conselheiros, sejam eles representantes dos usuários, dos trabalhadores ou dos prestadores de serviço, adquire valor para que o processo de participação e controle social, iniciados pela legislação vigente e materializados com a implantação de espaços formais, não fique submerso em dificuldades tais como falta de representatividade entre conselheiros e suas bases, ou existência de conselhos meramente cartoriais.

Além disso, os conselhos devem funcionar como uma arena onde cada participante entre em cena com os recursos e poder de que dispõe. As

informações sobre os aspectos normativos e legais do Conselho, sobre o estado sanitário da população, a participação no planejamento, são instrumentos que direcionam o conselho para a sua institucionalização como espaço democrático e participativo, apesar das incoerências do Estado neoliberal com as necessidades da sociedade.

... essa é uma sociedade em que a descoberta da lei e dos direitos convive com uma incivilidade cotidiana feita de violência, preconceitos e discriminações; em que existe uma espantosa confusão entre direitos e privilégios; em que defesa de interesses se faz em um terreno muito ambíguo que desfaz as fronteiras entre a conquista de direitos legítimos e o mais estreito corporativismo; em que a experiência democrática coexiste com a aceitação ou mesmo convivência com práticas as mais autoritárias; em que a demanda por direitos se faz muitas vezes numa combinação aberta ou encoberta com práticas renovadas de clientelismo e favoritismo que repõem diferenças onde deveriam prevalecer critérios públicos igualitários. Telles (1994, p.95)

É por isso que o profissional deve intervir estrategicamente observando a segmentação do grupo em relação às questões e o grau de permeabilidade dos envolvidos às novas informações. Nos artigos de Moura (1996) e Silva, Nozawa & Freitas (2000), a capacitação do profissional por esse tipo de atuação, aparece como estratégia pertinente para o desenvolvimento da participação e do controle social.

Moura (1996) relata a experiência do planejamento estratégico realizado no Centro de Saúde Escola – Jardim Campos Elíseos (Campinas, SP), reflete sobre a cidadania e o poder institucional e retrata as diferentes percepções dos diferentes sujeitos sociais/ institucionais, vinculados a uma unidade básica de saúde.

Durante a introdução, Moura (1996) justifica que saúde é mais do que uma questão legal, mas um instrumento de transformação do direito instituído por leis sociais, tendo um importante papel na luta contra-hegemônica.

A Constituição brasileira garante o exercício da cidadania ao declarar o direito à saúde e considerá-la como resultante de uma série de fatores sociais, assegurando, inclusive, o direito à participação popular nos serviços de saúde. No entanto, a marginalização inerente aos direitos mínimos se reproduz na maior parte do país, com a população se submetendo a uma relação de gratidão para com o Estado e não de cidadania. Portanto, neste ponto, concorda-se com Moura (1996) ao afirmar que a instituição saúde torna-se um lugar privilegiado da luta contra-hegemônica ao possibilitar a expressão de cidadania, mas que a posição neoliberal do Estado passa a ser um problema frente ao seu próprio discurso.

No trabalho de Moura (1996), os atores sociais envolvidos foram o sujeito coletivo (clientes, alunos, técnicos e professores do Centro de Saúde Escola do Jardim Campos Elíseos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP) e a personalidade notável (PUCCAMP, Prefeitura Municipal de Campinas).

Moura (1996) desenvolveu uma dinâmica de grupo em que cada sujeito deveria listar os problemas de saúde sentidos, discutindo em subgrupos as formas de explicação, ações a serem desenvolvidas no sentido de solucioná-los e recursos necessários para tal.

É importante perceber as diferenças na visão de cada ator social. Moura (1996) revela que para a população os problemas citados foram a violência, o alcoolismo, a drogadição, a hipertensão arterial, a fome, a bronquite, o derrame, o nervosismo, a escolaridade crítica. Para este ator social, os problemas poderiam ser resolvidos com a participação no gerenciamento da escola, a divulgação de informações verdadeiras, a organização popular e o

apoio a movimentos por melhores condições de vida, a valorização das pessoas, a transparência do executivo, o exercício de cidadania, a conscientização, o desenvolvimento de uma sociedade socialista, o bom atendimento médico, a política econômica adequada.

Já os alunos citaram o espaço físico inadequado, a falta de integração acadêmico-profissional, a falta de medicamentos básicos e a demora na entrega de resultados de exames, a falta de referência e de contra-referência. Os técnicos identificaram problemas de infra-estrutura, de recursos humanos e de demanda, enquanto docentes identificaram falta de priorização governamental e da própria Universidade para explicar a falta de espaço, de equipamentos e de recursos humanos.

Aqui surge o questionamento a respeito da formação dos diversos profissionais da área de saúde: até que ponto os estudantes têm sido apresentados às questões sociais que envolvem a produção de saúde, incluindo a participação e o controle social como formas de se produzir saúde ou, apenas à visão neoliberal do sistema biomédico, onde produzir saúde é produzir mais e mais procedimentos?

Na reunião coletiva, o ator coletivo (CSE Jardim Campo Elíseos) identificou que detém recursos político, cognitivo, organizacional e financeiro para obter resultados, como espaço físico adequado, atendimento de boa qualidade, adequado às necessidades da população, alta resolutividade, aumento do índice de atendimento, integração entre as diferentes áreas, com a população e outros níveis de atenção, ações de prevenção e promoção de saúde, treinamento e formação de recursos humanos, profissionais motivados, campo de pesquisa em saúde, e participação popular na gestão da unidade.

Ao concluir, Moura (1996) defende que a gestão, enquanto instrumento de poder, tem um papel estratégico na implantação do SUS, pois torna possível a participação dos diversos atores envolvidos. A participação dos diversos atores sociais no controle social sobre as ações de saúde, além de imprimir qualidade ao processo, também amplia as possibilidades de solução dos problemas enfrentados.

Silva, Nozawa & Freitas (2000) propõem elucidar os pontos centrais a serem considerados no ensino de graduação em Enfermagem quanto às políticas de saúde, destacando o processo de municipalização do setor. Justificam a importância do trabalho considerando os trabalhadores da saúde como agentes centrais da transformação esperada. Para Silva, Nozawa & Freitas (2000, p.176) “conhecer mais e de forma didática contribui para ampliar as capacidades de intervenção tanto nas políticas sanitárias quanto no cotidiano dos serviços, onde se efetivam e conformam o sistema de saúde brasileiro”.

Para atingirem seu objetivo, Silva, Nozawa & Freitas (2000) fazem uma revisão histórica, falando sobre a crise dos anos 80 e a proposta da reforma sanitária. Silva, Nozawa & Freitas (2000) consideram como aspectos fundamentais desse processo: a ampliação do conceito de saúde incluindo condições adequadas de moradia, transporte, alimentação, acesso à terra, emprego, renda, liberdade de expressão; articulação das políticas sociais e econômicas; saúde como um direito de cidadania garantido pelo Estado; caracterização dos serviços de saúde como de relevância pública, proposição estratégica de um sistema único de saúde com os princípios de universalidade,

integralidade, descentralização e participação popular; integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

O debate da 8ª Conferência trazido pela reforma sanitária, como mostram Silva, Nozawa & Freitas (2000), culminou na proposta do SUS.

Quanto à LOS e às Constituições Federal, Estaduais e Municipais, Silva, Nozawa & Freitas (2000) as contrapõem ao projeto neoliberal, caracterizando o sistema como privatista, descentralizado, focado no problema da falta de recursos.

Segundo Silva, Nozawa & Freitas (2000), a Lei 8.080/90 “regulamentou o SUS definindo as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Mas não regulamentou a participação do setor privado, nem enquanto produtor de insumos, nem como responsável pela atenção médica supletiva, como também não dispôs as condições de regulamentação do subsistema de alta tecnologia”. Assim sinalizam que a reforma atingiu grande êxito no âmbito jurídico, mas que é negada pela prática discriminatória e seletiva do Estado.

Silva, Nozawa & Freitas (2000) alertam que lógica de exclusão, o desrespeito ao paciente, a fragmentação das ações de saúde em todos os tipos de serviços, inclusive com a privatização da coisa pública, podem desmoralizar o SUS. Portanto, ao pontuarem as diretrizes deste sistema, discutem a descentralização e a municipalização dos serviços e da gestão, colocando que o papel da comunidade deve ser o de participação, supervisão e avaliação da prática local de governo, posicionando-se a favor da redistribuição efetiva do poder.

Ao trazerem as NOBs, Silva, Nozawa & Freitas (2000) destacam a importância das normas para a viabilização político-administrativa da descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Por fim, Silva, Nozawa & Freitas (2000) relatam as experiências dos municípios de Campinas e Ribeirão Preto, mostrando o crescimento das redes municipais de saúde e o aumento do número de enfermeiros trabalhando nas redes municipais, para assim concluírem ser necessária a qualificação dos profissionais e o exercício do trabalho multiprofissional dentro do processo de descentralização da saúde, com vistas à maior e melhor integralidade.

As necessidades da sociedade em relação ao profissional de saúde vêm modificando de acordo com a evolução do entendimento de saúde como questão inerente ao direito de cidadania. A visão do aluno mostra a limitação do processo de formação, voltada apenas para o processo saúde/ doença, porém o profissional é fator determinante na condução do processo de consolidação da participação e do controle social.

Através de espaços para o exercício da cidadania num processo político democrático, e para a busca do direito a melhores condições de vida e saúde, a população contribui com a equipe de saúde para a compreensão dos problemas sentidos e para a formação dos futuros profissionais através de discussões voltadas para as reais necessidades da comunidade, onde os erros de gramática e concordância não são impedimentos para a percepção de saúde situando os problemas ao nível de política geral do país.

A. Pedrosa (1998) trabalha os relatórios das I, II e III Conferências Municipais de Saúde de Teresina, evidenciando a temática “informação em saúde”.

O espaço das Conferências de Saúde caracteriza-se como espaço de manifestação da opinião e da vontade sobre a política do SUS. A. Pedrosa (1998) considera que as Conferências são espaços legitimados por lei para o debate e a argumentação política, a manifestação da vontade sobre as necessidades dirigidas para o setor. Deste modo, indaga como os cidadãos podem influenciar o sistema político por meio do processo de formação de opinião e da vontade coletiva.

Para compreender a amplitude desta indagação, toma-se como ponto de partida sua própria emergência, isto é, a possibilidade da vontade coletiva gerar a ação política, em sociedades complexas atuais, nas quais o espírito de época pautado no trabalho, na prosperidade e no desenvolvimento desvaneceu-se sob o peso das ações globalizadoras (Pedrosa, A. 1998, p.175).

A informação em saúde é um elemento estruturante da formação de opinião e da vontade coletiva, constituindo as Conferência e Conselhos em espaços estratégicos no qual ocorrem uma comunicação entre serviços, profissionais e usuários fundamentando a formulação e a implementação de políticas democráticas para o setor.

A. Pedrosa (1998) considera a contemporaneidade dos temas e seus desdobramentos, a articulação e a coerência com os temas da agenda nacional da política de saúde como aglutinadores da participação popular, e que a informação em saúde:

... foi ganhando amplitude no decorrer das Conferências analisadas, ultrapassando sua configuração de sistema de informação em saúde, aproximando-se da dimensão instrumental para participação-controle social, dinamizando a integração serviços-programa usuário na perspectiva da responsabilização pela gestão.

Entretanto a compreensão temática está mais voltada para o entendimento com instrumento de gerência que como instrumento estratégico de emancipação (...). Como instrumento de controle social conclui-se que existe a necessidade de maior apropriação temática pelo conjunto dos segmentos sociais, de modo que possa tornar-se um dos mecanismos de mediação nas negociações entre os diferentes interesses

através do planejamento, programação e avaliação das ações (Pedrosa, A., 1998, p.178).

Teixeira (1996) relata o processo de organização da Conferência Estadual de Saúde da Bahia em 1996, através da síntese dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde como etapa preparatória para a IV Conferência Estadual (IV CONFERES) com o tema “Saúde e Qualidade de Vida” e para a X Conferência Nacional de Saúde.

A autora explica que o comitê executivo do IV CONFERES enviou para todos os municípios documentação e material de apoio, indicando o tema central e sugerindo a metodologia a ser adotada nas Conferências Municipais. Os propósitos dessa fase foram avaliar a situação de saúde de cada município, discutir e encaminhar propostas de solução para os problemas existentes e eleger os delegados que representariam o município na Conferência Estadual.

De acordo com autora, 79 municípios realizaram algum tipo de atividade. Embora isso represente apenas 14,5% das cidades do estado, elas são habitadas por 5.580.868 pessoas. O número de participantes variou entre 20 e 300 pessoas, ficando a média entre 50 e 100 pessoas.

Teixeira (1996) mostra que a maioria dos municípios discutiu questões relacionadas com a concepção de saúde, tal como qualidade de vida, trazendo para a discussão problemas como agricultura, habitação e educação, o que para a autora (Teixeira, 1996, p.52):

... permitiu a emergência de um conjunto de debates e proposições relativo à melhoria das ações governamentais em uma perspectiva intersetorial, enfatizando-se inclusive, o debate em torno de ações de Saneamento Básico e Vigilância Sanitária ...

As propostas relacionadas à gestão e ao financiamento, segundo Teixeira (1996) pautavam-se na municipalização das ações e serviços de saúde, no desenvolvimento político-gerencial das Secretarias Municipais de Saúde, na relação com outras instâncias de gestão do SUS, na relação público-privado e no financiamento do SUS. A autora também ressalta que 60% dos relatórios mencionavam a construção, a reforma, a ampliação e a compra de equipamentos.

Teixeira (1996) coloca as propostas relativas à participação social agrupadas em dois planos: as propostas referentes à disseminação de informações para mobilização popular no processo de construção do SUS no âmbito municipal e, as propostas específicas para o aperfeiçoamento de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde. As propostas falavam de mobilização social através de participação comunitária na organização do SUS, da criação de serviços de atendimento ao usuário e de mecanismos de denúncia de irregularidades pela população, além de discutirem a atuação dos Conselheiros Municipais de Saúde e sugerirem a criação de CMS, a reformulação dos já existentes, a ampliação da participação do usuário no CMS, a criação de uma câmara técnica junto ao CMS, a capacitação dos conselheiros (25% dos relatórios), a reivindicação de autonomia do CMS, a garantia de acesso ao orçamento e à prestação de contas, a criação de Conselhos Locais de Saúde e, finalmente, a publicização das informações acerca das atividades desenvolvidas pelo CMS.

“no caso específico de Bahia, o desafio maior é a criação das condições político-institucionais para que se possa pôr em prática as propostas e

recomendações contidas nos relatórios das Conferências Municipais” (Teixeira, 1996, p.56).

A análise das Conferências de Saúde através de documentos por A. Pedrosa (1998) e Teixeira (1996) revelam a importância desses espaços não só para a organização e o planejamento de atividades, mas também para a formação dos participantes, através da troca de informações, do conhecimento adquirido, do exercício da discussão e de reflexão sobre os diversos e amplos temas que permearam esses espaços. Quanto mais ampla for a temática da discussão, maiores são as oportunidades de emergirem questionamentos que dêem suporte à emancipação e à responsabilização da sociedade pelo controle das ações de saúde.

No artigo de Valente (2001), discute-se a influência das políticas de saúde na eficiência dos órgãos de fiscalização sanitária.

Valente (2001) posiciona-se defendendo que a Vigilância Sanitária (VS) tem caráter predominantemente fiscal sendo de exclusividade do Estado cumprir com este papel, integrando o poder formal do sistema político, sofrendo pressão de grupos dominantes e, considerando, portanto, que se a saúde é um fator de desenvolvimento econômico, a VS também o é.

Dentre as dificuldades da VS citadas no texto, estão: ações não programadas epidemiologicamente, número insuficiente de funcionários, falta de recursos, informações relacionadas à VS indisponíveis, ações de educação sanitária numericamente inexpressivas.

A autora conclui sugerindo a participação popular e a abordagem do tema nos CMS, a fiscalização em conjunto entre MS, SES, inclusive com aplicação de sanções punitivas para municípios que descumprem a NOB 96 e

que administram de forma a atenderem à necessidade de outros que não a própria comunidade.

Valente (2001) sugere a abertura de espaço dentro dos Conselhos de Saúde para um tema que dentro de nenhum outro artigo foi abordado: a Vigilância Sanitária. Ele reconhece a importância desse assunto para a saúde coletiva e assinala que só uma postura crítica da sociedade pode trazer as mudanças necessárias e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida esperada que gera saúde. Aqui se posiciona a favor da discussão ampla, dentro das Conferências e Conselhos, de qualquer tema que direta ou indiretamente reflita na qualidade de vida e saúde da comunidade.

Valente (2001) mostra que temas menos abordados devem fazer parte das informações a serem discutidas e compartilhadas pelos conselheiros, desde que estes temas sejam reconhecidos como importantes no processo de controle social.

Considerações Finais

O direito à participação e ao controle social no setor saúde adveio de um processo histórico marcado por embates entre grupos com interesses diferentes em que, aqueles com maior capacidade de articulação, quase sempre mantiveram vários privilégios e, dessa forma, conquistaram mais espaços junto aos detentores do poder econômico.

Ao final dos anos 70, a descrença nos mecanismos participatórios tradicionais levou à criação de novos movimentos sociais autônomos frente às instituições organizadas.

A idéia de espontaneísmo, junto com a idéia de autonomia era realmente fundamental nas interpretações que se construíram sobre esses fenômenos, aparecia com grande força a idéia de que haveria uma mudança na cultura política. Dessa forma, a grande contribuição dos movimentos sociais seria trazer uma mudança na cultura política. Mudança que vinha exatamente do fato de a autonomia dos movimentos quebrar com as relações clientelísticas com o modo de atuação do sistema político tradicional. Como a participação representava essa mudança, ela era, quase fazendo um chavão, uma participação anti-Estado, antipartido, anti-sistema político em geral, sendo o Estado realmente visto como um inimigo. Tudo isso dentro do contexto dos anos 70, que nós sabemos qual era (Cardoso, 1994, p.82).

A partir da década de 80, houve uma institucionalização desses movimentos com o Estado. Institucionalização essa que aparece como um refluxo dos movimentos sociais. Cria-se uma nova relação entre os movimentos e os partidos políticos bem como surge uma relação mais direta entre os movimentos e as agências públicas. Ainda de acordo com Cardoso (1994), apesar de ser um processo fragmentado e que não fazia parte de uma política estabelecida, aos poucos ele foi abrindo brechas e criando uma nova relação, ampliando o modo de gerir as áreas de políticas públicas com a entrada dos movimentos sociais nesse espaço mesmo que de forma parcelada.

A participação conquistada pelos movimentos sociais no período ditatorial teve papel decisório para a garantia do direito constitucional, ampliando o conceito de saúde e garantindo-a como uma questão de cidadania. Isto pode ser exemplificado pelos ganhos materializados na mudança do perfil das Conferências, as quais deixaram de lado o aspecto técnico para se tornarem uma expressão dos interesses da sociedade e pela legalização dessa participação através da criação dos Conselhos de Saúde, mostrando a força da sociedade no momento em que ela se organiza.

Dentro desse contexto, a descentralização tornou-se fundamental para o processo de democratização da saúde como direito de cidadania garantido constitucionalmente.

O processo democrático instaurado no país, a partir da década de 80, abriu espaço para uma democracia não só representativa, mas também participativa e o marco da consolidação das propostas do movimento sanitário brasileiro foi a criação do SUS.

A partir da descentralização político administrativa garantida pela LOS aumenta-se de forma exponencial o número de espaços institucionais de participação e controle social na área de saúde através da criação dos Conselhos de saúde.

Ao retomarmos a proposta central deste trabalho, que era analisar a produção teórica sobre a participação e controle social referentes ao período advindo da promulgação da Carta Constitucional de 1988, publicada nos últimos dez anos, identificando os principais obstáculos para a consolidação da participação e do controle social, podemos fazer algumas considerações:

Ao longo de todo o trabalho percebe-se que o controle social sobre as ações estatais decorre das mudanças na relação Estado-sociedade e, hoje o controle social é uma forma dos movimentos sociais influenciarem as políticas públicas para que estas atendam às suas demandas. Entretanto, a garantia constitucional da participação e do controle social sobre as ações de saúde, gera outras demandas relacionadas à qualidade dessa participação e desse controle, principalmente no que se refere à atuação dos conselheiros de saúde, e no uso dos Conselhos e Conferências de Saúde como espaços de lutas políticas, de defesa dos direitos e de publicização de informações.

O uso dos Conselhos apenas para endossar decisões não discutidas pelo mesmo ou, na defesa dos interesses dos próprios conselheiros evidencia representantes que representam a si mesmos ou usam o espaço para reivindicações corporativas, o que se relaciona ao descompromisso e desorganização na atuação dos conselheiros, prejudicando a legitimação e a credibilidade dos Conselhos.

Estratégias para o boicote do funcionamento e organização dos Conselhos tais como, o comprometimento estrutura física e financeira, a não participação de representantes de funcionários e prestadores e, o desvio das reivindicações para níveis individuais e exclusivos, revelam-se problemas a serem enfrentados rotineiramente. Ações de desse tipo mantém o clientelismo, infringindo o princípio da universalidade.

Assim, com a finalidade de sensibilizar a sociedade para a importância da participação e do controle social sobre as ações do Estado, a publicização das informações e do conhecimento no setor saúde são algumas das ações democráticas que vão ao encontro de sanar esse problema e, o estímulo à

participação e ao controle social tanto através de espaços institucionais como é o caso dos conselhos de saúde quanto assumindo o controle de serviços é uma alternativa à deficiência gerada pela minimização do Estado.

No entanto, antes disso, é necessário uma sensibilização das pessoas para o exercício ético deste controle, para um compromisso de responsabilidade com os interesses coletivos. E, a falta de clareza sobre a concepção de participação e controle social por parte dos cidadãos é um dos entraves a serem enfrentados para que exista plena capacidade da sociedade no exercício do controle social.

Ou seja, para que o controle social sobre o setor saúde seja realmente efetivo é preciso alargar o processo democrático, estimulando uma democracia direta e participativa, em que as pessoas opinem, intervenham e controlem gastos.

Nesse ponto, o papel de usuários, trabalhadores, prestadores e representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário, se define por mais do que boa vontade política e conhecimento técnico. É preciso reconhecer que o processo de democratização através da municipalização e da descentralização político-administrativa, incluindo a participação e o controle social na saúde, bem como em outras áreas da estrutura que compõe o Estado, é irreversível, inadiável e necessário para que a sociedade brasileira atinja os níveis de organização e justiça social desejados.

Referências Bibliográficas

ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 63, p.63-73, jan-abr. 2003.

BLOCH, R. A.; BALASSIANO, M. A. *A democratização da gestão pública: as relações entre gestor, inovação e porte demográfico do município*. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro. v. 34, n. 1, p.145-164, jan-fev. 2000.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação e tese. São Paulo: Atlas, 2004. 160p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 7, n. 3, p.401-412. 2002.

BRASIL. Lei n. 8.080 de. 19 de setembro Internet: <<http://www.saude.gov.br/oc/lei8080.htm>> Acesso em: 5 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/indicetematico44.doc>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2004.

CARDOSO, R. L. C. A trajetória dos movimentos sociais.In: DAGNINO, E. (Org) **Anos 90 – Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994. 172p.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242p.

CESALTINA, A. Disponível em <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=36&codPagina=48>>. Acesso em: 05 mar 2005.

COHN, A. *A Saúde na previdência Social: antigos estigmas novos desafios*. In: _____, A. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, 1996.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, 1978, Alma-Ata, URSS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1978. p.3-91.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sérgio Arouca, 12, 2003, Brasília. **Manual**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 80p.

CORREIA, M. V.C. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumentos**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2000.

CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 3, n 1, 1998.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta de criação. In: MYNAIO, MCS (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CUNHA, E. M. **Regra e realidade na construção do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro, 2001. 144p.

DALLARI, D. A. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, 13. ed. 1994. 99p.

DIAS, I. M. A. V. **Apego mãe e filho: bases para assistência de enfermagem neonatal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2001. p.39-49.

DODGE, R. E. F. A Equidade e a Universalidade e a Cidadania em Saúde Vistas sob o Prisma da Justiça. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1. 1997. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v5.htm>> Acesso em: 22 ago 2004.

FERNANDES, J. C.; MONTEIRO, J. G. Postos Comunitários: uma alternativa para o sistema de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.127-135, jan-mar. 1997.

FORTES, P. A. C. *A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde*. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1. 1997. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v5.htm>> Acesso em: 22 ago 2004.

FRANÇA, J. M.; ARAÚJO, L. M.; CARVALHO A. L. B. *Paraíba: construindo um novo modelo de atenção em saúde*. **Divulgação Saúde em Debate**, n. 17, p.43-47, mar. 1997.

FREDERICO, P. **A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas**. 2001. 228p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GONÇALVES, M. L. **Participação Social no SUS: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. 1999. p.3-84. Tese (Doutoramento em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 1999.

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: o conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto (SP), **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p.167-175, maio-ago. 2002.

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

LIMA, J. C. Representatividade e a Participação das Bases na Categoria dos Usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 59, p.29-39, set-dez. 2001.

LOPES, M. L. S.; ALMEIDA, M. J. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): a realidade e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 59, p.16-28, set-dez. 2001.

LUCHESI, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e políticas públicas**. n. 14, p.75-154, dez. 1996.

MAFIOLETTI, T. M. Controle Social: a experiência do município de Curitiba, **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 2, n. 1, p.9-14. 1997.

MARTINS, A. A. Relações Estado-Sociedade e Políticas de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 1, p.55-79. 1996.

MENDES, E. V. As Políticas Públicas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia neoliberal. In: _____ **Distrito sanitário**. São Paulo: HUCITEC. ABRASCO, 1993.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. p.167.

MYNAIO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOURA, E. C. Direito à Saúde: o papel dos diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. **Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 1, p.101-119. 1996.

OLIVEIRA, J. B.; GUSMÃO, S. C. A Experiência de Saúde da Família no Estímulo à Participação Social no Município de Vitória da Conquista-BA. In: **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde** – experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

PEDERNEIRAS, A. R.; LIMA, R. T.; SILVA, S. T. Contribuição ao Controle Social do Sistema Único da Paraíba. **CCS**, v. 15, n. 1, p.24-29. 1996.

PEDROSA, A. A. G. A Tematização da Informação em Saúde nas Conferências de Saúde de Teresina (PI). **Revista Associação de Saúde Pública do Piauí**, v.1, n.2, p.175-181, jul-dez. 1998.

PEDROSA, J. I. S. A Construção do Significado de Controle Social como Conselheiros de Saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 4, p.741-748, out-dez. 1997.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, I. S. A Gestão Semiplena e a Participação Popular na Administração da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.89-97, jan-fev. 2001.

PIMENTA, A. P. O SUS e a Municipalização à Luz da Experiência Concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.25-40. 1993.

SILVA, E. M.; NOZAWA, M. R.; FREITAS, J. L. Formação de Enfermagem e a Municipalização da Saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p.275-282, abr-jun. 2000.

SOARES FILHO, A. M.; SAMPAIO, J. J. C. Canais Institucionais e Relações Sociais de Negociação: necessidade e poder contratual. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p.5-15, set-dez. 2001.

SOUZA, C. *Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e descentralização*. **Ciência e saúde coletiva**, v.7, n.3, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Conferências Municipais de Saúde: construindo o SUS da Bahia. **Saúde em debate**, Londrina, n. 52, p.50-57, set.1996.

TELLES, V. S. Sociedade civil e a construção dos espaços públicos. In: DAGNINO, E. (Org) **Anos 90 – política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VALENTE, D. Vigilância Sanitária e as Políticas de Saúde – de que forma as políticas influenciam na vigilância sanitária? **Higiene alimentar**, v. 15, n. 87, p.15-18, ago. 2001.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social** – (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: Editora da Universidade do Vale do Itajaí, 2002. p.107-195