Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Formas de organização da participação social em um Sistema Local de Saúde: um estudo de caso

Jaqueline De Pascali

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profª. Drª Fabiola Zioni

São Paulo

2005

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores

Assinatura:

Data: 30 de setembro de 2005.

Mãos dadas

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.

(Drummond)

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, pela sua compreensão, amor, carinho, apoio e incentivo nos momentos mais difíceis; pelas suas doces melodias que revigoraram minhas forças e minha mente e pelas suas preciosas dicas gramaticais.

Aos queridos amigos **Nelson Bedin, Paulo Roberto do Nascimento** e **Maria Rosa Logiodice Cardoso** por me ensinarem a nunca desistir, mesmo quando os caminhos escolhidos sejam difíceis de serem trilhados, pela enorme amizade e carinho que nos une e por me ajudarem na reflexão sobre a participação social.

Ao meu **irmão**, que sempre está presente.

À minha **mãe**, in memoriam.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A **Profa. Dra. Fabiola Zioni**, pela sua dedicação, paciência, sabedoria e acima de tudo pela amizade.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que cooperaram, me apoiaram e estiveram ao meu lado neste trabalho. O meu muito obrigado a todos e em especial:

a Tássia pelo apoio e ajuda na digitação

ao Ricardo pela companhia para alcançarmos o Jardim Júlia

ao Marco Nadal pela sua amizade e ajuda em momentos críticos

a Dra. Jocelene, Secretária de Saúde do Município de Jandira, pela amizade e compreensão

a Neide Hasegawa e demais colegas da DIR V Osasco pelo incentivo

a Dra. Raquel e a Zenilda que sempre me receberam de braços abertos em todas as minhas visitas à Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo discutir a organização da participação social, bem como sua forma de atuação no Conselho Municipal de Saúde no município de Itapecerica da Serra, à luz da legislação do Sistema Único de Saúde, por intermédio de uma abordagem qualitativa, adotando-se o desenho de um Estudo de Caso, empregando, para a coleta de dados, a análise documental e a entrevista.

Através da técnica da Análise temática procurou-se identificar, entre os achados nas atas de reuniões do Conselho no período de 1993 a 2004 e as entrevistas realizadas com conselheiros e gestores, a prática da participação social.

Pode-se afirmar que o Movimento Popular de Saúde, iniciado nos anos 1980 naquele município, teve forte influência na prática da participação no Conselho Municipal de Saúde.

A implantação e o funcionamento dos Conselhos de Unidades de Saúde, os quais formam o colegiado que elege os conselheiros municipais representantes dos usuários e dos trabalhadores, parecem colocar em prática a interlocução dos conselheiros com a população local.

Vários autores identificam a importância do Conselho Municipal de Saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde, porém, salientam também que a organização e atuação da participação social ainda são incipientes.

Mesmo que essa participação se traduza, em grande parte, na demanda por serviços ou seja entendida, principalmente, como forma de "ajudar o próximo" , vale lembrar que existe efetivamente uma discussão coletiva em espaço público.

Se a prática dos conselheiros pode parecer limitada considerando-se o que se define como "controle social" sua disposição e disponibilidade em relação a vida social e coletiva merece destaque e respeito.

DESCRITORES: Conselho Municipal de Saúde, Participação social.

SUMMARY

This study had an objective on discussing the organization of the social participation like their operation form on Health Council in the city of Itapecerica da Serra, based on Unique Health System, using a study of case, getting data trough the documental analysis and interviews.

Through the thematic technical analysis, it was identified among the reports of the council reunions in the period of 1993 and 2004 and the interviews with counselors and government, the practice of social participation.

We can confirm that the Popular Health Movement, begun in the eighties in that city, had strong influence in the participation of the Health county Council.

The implantation and the working of the Councils in the health units, which form the base who elect the municipals counselors to be representatives of user and workers, seems putting in common use the *talking between counselors the local population.*

Many writers identify the importance of Health Council to consolidate the Unique Health System, however, they also emphasize that the organizing and operating of the social participation are incipient.

Even though, this participation looks like, most of them, "asking services", or understood like a form to "help other people", exist a collective discussion in a public space.

The practice of the counselors' looks like limited, in a view of "social control", their disposition on the social life and the collective should be respected and considered.

DESCRIPTORS: Health Municipal Council, Social Participation

I INTRODUÇÃO 1

1 Trajetória do setor saúde 2

II A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL 6

III METODOLOGIA 12

1 Pesquisa documental 13

2 Entrevistas parcialmente estruturadas 13

3 Observação não estruturada *15*

4 Análise das informações 15

IV DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO 19

1 Caracterização do território 19

2 Perfil sócio-econômico 21

3 Representação política 25

4 Movimentos sociais ligados à área da saúde 27

5 Perfil epidemiológico 5

5.1 Mortalidade infantil 5

5.2 Mortalidade materna 31

5.3 Morbidade geral 31

5.4 Mortalidade geral 33

6 Sistema local de saúde 35

V DEZ ANOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL: APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS 39

1 *Operacionalização do Conselho Municipal de Saúde* 40

1.1 Funcionamento do Conselho 41

1.2 O Conselho e as atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde 46

1.3 Informes gerais 50

2. *Funcionamento do Sistema de Saúde* 52

2.1 Relação Unidade de Saúde e usuários 56

2.2 Queixas em relação ao atendimento médico 57

2.3 Acesso e modelo de assistência 59

2.4 A rede física de assistência à saúde 64

3. Formas de Organização 66

3.1 E tudo começou assim... 67

3.2 A percepção do conselheiro em relação ao CMS 68

3.3 Por que participar? 70

3.4 Presença de observadores nas reuniões do Conselho 76

3.5 Características da participação 77

3.6 Atuação em comissões 85

3.7 Participação em outros eventos ligados à saúde 86

3.8 Representatividade 88

3.9 Fiscalização e questionamentos 92

3.10 A atuação dos conselheiros nas Conferências 95

3.11 Deliberações 100

VI DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS APRESENTADOS 104

VII CONCLUSÕES FINAIS 118

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 123

ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro para entrevista A1

Anexo 2 – Ata de aprovação do projeto de pesquisa no CMS A2

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido A3

Anexo 4 – Itapecerica da Serra e seus limites geográficos (Mapa) A4

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir a prática do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em relação aos dispositivos do Sistema Único de Saúde no que se refere ao controle social, entendendo-se esse último, com as devidas ressalvas, como participação social. A escolha do município de Itapecerica da Serra deveu-se, principalmente, ao histórico de luta do Movimento da Saúde e do Movimento Pró-Hospitais que se iniciaram nessa *cidade a partir de 1983 e que influenciou a formação do CMS quanto este foi* instituído em lei.

Institucionalizada por vasto aparato jurídico-legal, a participação da sociedade na definição e controle dos rumos do sistema de saúde brasileiro faz parte do dia-a-dia das esferas municipal, estadual e federal.

De incontestável importância para a organização de um sistema de saúde, a participação social é, além de um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, um marco na história recente da democracia no país, encontrando-se, porém, ainda em processo de consolidação.

O SUS foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, e, a partir daí, a participação social nessa área vem se organizando via Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, tendo alcançado quase a totalidade dos municípios brasileiros a partir de 1996.

O aparato legal, porém, não garante o pleno funcionamento desses conselhos (GONH 2001), justificando o estudo das formas de organização da participação social no sistema local de saúde, bem como de suas conseqüentes formas de atuação.

Faz-se necessário, um breve relato da história do setor saúde para maior compreensão do objeto de estudo.

1. Trajetória do setor saúde

Para se entender o atual modelo de sistema de saúde no Brasil, é necessário recuperar sua trajetória desde o início do século XX.

Na primeira metade do século, a economia brasileira era caracterizada fundamentalmente por atividades agrário-exportadoras, sendo o setor cafeeiro o mais expressivo em termos de divisas geradas. O sistema de saúde voltava-se, principalmente, para atender às demandas do setor econômico hegemônico, qual seja, o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e da mão-de-obra estrangeira. Chamado de sanitarismo campanhista, fundamentado no modelo militarista, fortemente centralizado, o *setor saúde estava voltado para o controle de epidemias e endemias que* pudessem ameaçar as exportações brasileiras (LUZ 1991).

Em 1923, a Lei Eloy Chaves deu início, no país, a uma longa trajetória de reconhecimento de direitos previdenciários, ao institucionalizar um sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Cada CAP era financiada pela contribuição dos empresários e trabalhadores da empresa que a adotava. Oferecia serviços de assistência médica curativa permanente, organizados de forma centralizada e obrigatórios aos filiados. Nos anos 30, sob o governo Vargas e com a intensificação do processo de industrialização, organizou-se a implantação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), estruturados por categoria profissional e com fonte de financiamento tripartite (Estado, empresários e trabalhadores). Porém, nesse desenho institucional, a assistência médica oferecida apresentava-se "como função provisória e secundária" (MENDES 1993).

Em 1943, surgiu a Fundação Serviços Especiais de Saúde (FSESP), uma autarquia inicialmente financiada pela Fundação Rockefeller, que atuava ainda na lógica campanhista, para atender aos interesses de setores ligados à extração da borracha na Amazônia e, posteriormente, expandiu-se para o interior do país prestando atendimento à população rural (MINAYO 2001). A FSESP foi responsável pela implantação de uma série de unidades de saúde no interior do país.

A partir da década de 50, intensificou-se o processo de industrialização, favorecendo o êxodo das populações rurais para os centros urbanos. Esse deslocamento do pólo econômico gerou, entre tantas outras conseqüências, o aumento da demanda por assistência médica. Segundo MENDES (1995), "o importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva". Diante dessas demandas, as estruturas dos IAPs foram ampliadas, mas no sentido de uma visão hospitalocêntrica da saúde, assim como de organização de um sistema de previdência social.

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de 1960, uniformizou os benefícios prestados pelos IAPs e assumiu "como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários". (COHN e ELIAS 1996).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966 em substituição aos IAP, associando o direito à assistência médica ao vínculo formal no mercado de trabalho urbano, sendo que somente em 1971 instituiu-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL). No ano seguinte, houve inclusão dos empregados domésticos e dos autônomos.

O modelo de assistência à saúde adotado na época tinha caráter hospitalocêntrico, privilegiando a prática médica curativa individual, além de beneficiar a participação da iniciativa privada através de contratos e convênios e de subsídios governamentais para a expansão desta rede, principalmente voltada à expansão de leitos hospitalares.

A década de 70 foi marcada pela reorganização administrativa da Previdência, ocasião em que se criaram o DATAPREV (empresa de processamento de dados, com importante papel para o controle e avaliação dos serviços), o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a CEME (Central de Medicamentos), o IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social), o FUNRURAL e a LBA (Legião Brasileira de Assistência). Também nos anos 70, viveu-se uma grande crise financeira interna ao sistema previdenciário, devido às fraudes e à destinação de verbas para projetos alheios à própria previdência social. Essa realidade estava ligada à crise nacional pós-milagre econômico e possivelmente prenunciava o ocaso da ditadura militar.

O contingente de pessoas sem acesso à assistência à saúde foi acrescido por uma parcela importante da população, devido ao crescente desemprego. Foi também nesse período que ganhou impulso o Movimento da Reforma Sanitária, com ampla difusão da proposta da Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata[1] (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo MENDES (1995) "o que vai caracterizar, fundamentalmente, as políticas de saúde no período 1980-1990 é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do País". Pode-se dizer que esse contexto político-econômico foi o responsável por fazer aflorar um movimento de conscientização do conceito de cidadania, tendo, entre seus expoentes, o

[1] Cuidados primários de saúde/saúde para todos no ano 2000.

"Movimento pelas Diretas Já", os movimentos sindicais e sociais, e, na área da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve expressiva participação de quase todos os setores da sociedade interessados na questão da saúde, que, organizados em torno do Movimento da Reforma Sanitária, produziram, em seu relatório final, um documento "que serviu de base aos constituintes que, em 1988, produziram o capítulo dedicado à definição de saúde no interior da Seguridade Social e como direito universal e como dever do Estado" (MINAYO 2001). Diferentemente das conferências anteriores, a VIII *Conferência deu-se em um processo democrático, com a realização prévia* de conferências municipais e estaduais, até chegar à nacional (MENDES 1995).

A inclusão da participação social na Carta Magna e do "controle social" na Lei Orgânica da Saúde é resultado de um longo processo de discussão - principalmente no seio do Movimento Sanitarista -, iniciado nos anos 40. Com apenas 15 anos de existência, essa proposta democrática na área da saúde está ainda em fase de implantação e consolidação.

Este trabalho visa a analisar uma experiência específica e verificar em que medida o Conselho Municipal de Saúde contribuiu para a consolidação da prática da participação social como um dos pilares do SUS, a exemplo da universalidade, da integralidade e da eqüidade. Este estudo compreende o período de 1993 a 2002, tendo como foco as formas de organização e as conseqüentes formas de atuação dos conselheiros.

A escolha de Itapecerica da Serra para estudar-se essa experiência, deveu-se, principalmente, por esse município ter sido palco de movimentos importantes para o setor saúde, bem como ter sido campo de estudo para importantes projetos de pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

II. A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

Ainda que a legislação brasileira refira-se à "participação da comunidade", neste estudo utilizaremos o conceito de participação social, para nos referirmos à atuação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, tanto para os representantes dos usuários quanto para os demais segmentos que compõem o Conselho, no processo decisório sobre as diretrizes da política de saúde. O conceito de participação social aqui utilizado refere-se, então, a "um modelo de relação geral/ideal, na relação sociedade/Estado" (GOHN 2001).

É necessário esclarecer, ainda, o significado do controle social sob a ótica da sociologia e o significado de uso corrente entre os diferentes atores que atuam na área da saúde. O controle social é entendido por diversas correntes do pensamento sociológico como sendo um conjunto de normas ou métodos estabelecidos para limitar a liberdade individual, nos termos abaixo explicitados, influenciando padrões de comportamento. O controle social pode ser entendido de duas formas: o controle social interno, pelo qual o indivíduo, em dado momento histórico, obedece às regras de sociabilidade ou regras éticas, fruto da pressão das instituições sociais para que ele assuma os valores sociais predominantes na sociedade; e o controle social externo ou coercitivo, dado pelo conjunto de normas jurídicas às quais o indivíduo é obrigado a submeter-se, ou seja, é o controle que o Estado exerce sobre o indivíduo (CORREIA 2000).

Contrariamente, o Movimento da Reforma Sanitária, reivindicava o direito ao controle social, entendido aqui, como o controle dos indivíduos sobre a coisa pública. Essa nova concepção de controle social pode ser entendida como uma afirmação de consciência de cidadania criada pelos movimentos sociais que exigiam do Estado o cumprimento de sua função social: saúde, educação, habitação, segurança etc., sendo a participação no controle da gestão dos serviços públicos um modo de garantia de direitos

sociais, bem como uma forma de diminuir ou eliminar as práticas fisiológicas e clientelistas (BARROS 1994).

GERSCHMAN (1995) lembra que as diretrizes da Reforma Sanitária propugnavam por profundas transformações na concepção dos direitos de cidadania e na atuação política do governo, de modo a possibilitar o exercício desses direitos. Para a autora, o estabelecimento de novo padrão nas relações Estado/Sociedade afirma a idéia de que a democracia "sustenta-se na constituição de sujeitos democráticos capazes de reproduzir comportamentos e ações políticas que levem em conta a existência do '*outro*'". *Assim, a democracia é condição necessária para viabilizar valores* éticos e morais. Porém, a incorporação de tais valores e comportamentos enfrenta grandes obstáculos; a constituição da democracia é, portanto, um "processo político de partes em movimento", em permanente transformação.

Para BARROS (1994), "democratizar o Estado implica reconhecer que existem na sociedade interesses diferentes e contraditórios. Este reconhecimento tem que se materializar na constituição de canais para a expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de ação que as levem em consideração". Portanto, uma das condições para que a participação social seja efetiva no processo de elaboração ou de decisão sobre políticas públicas é representado pelo pressuposto da existência de um Estado democrático e pela criação de mecanismos institucionais que garantam seu exercício.

A democracia, como um valor universal, segundo BOBBIO (1991), pode ser entendida como sendo "o governo do poder público em público", conceituando "público" como o oposto de privado e o oposto de secreto; portanto, o autor está sugerindo que a visibilidade da coisa pública é condição essencial para que os cidadãos possam participar de sua gestão.

De acordo com diferentes autores que refletem sobre a democracia, tem-se que a existência de mecanismos sociais de participação é indispensável para um regime democrático. Essa postura não é a mesma do pensamento *político clássico ligado à democracia representativa* (GOHN 2001).

TOURAINE (1996) afirma que a democracia não se resume a um apelo à igualdade de direitos, mas expressa o combate à desigualdade pelo acesso às decisões políticas. Uma sociedade é democrática quando há o maior número de atores participando das decisões.

Para GOHN (2001), "o tema da participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a História", ou seja, as formas de participação e o modo de organização dos cidadãos para lutar pelo acesso e pela defesa dos direitos civis, econômicos, sociais e culturais dependerão da conjuntura histórica em que se dão.

A questão da participação no Brasil "se colocou como um dos temas *na área da saúde principalmente a partir do final da década de 70* quando - devido às crises econômico-políticas no cenário nacional e internacional - tradicionais problemas sociais foram agudizados assim como os movimentos sociais por bens de consumo coletivo intensificaram-se traduzindo-se, no setor saúde, no tema: "saúde direito de todos e dever do Estado". Datam dessa época, também, as propostas de atenção primária à saúde, extensão de serviços de saúde nos países em desenvolvimento, inspiradas pela Declaração de Alma-Ata" (ZIONI 1994). Esse foi o espírito que norteou os debates que se deram na Constituinte sobre participação e que se traduziram na proposta do Sistema Único de Saúde.

O SUS está fundamentado nos princípios da universalidade, da integralidade da atenção, da eqüidade e da participação da comunidade. Entre suas diretrizes estão a descentralização do poder, a regionalização do

sistema e a hierarquização entre os níveis de atenção. Esse conjunto de princípios e diretrizes pode significar uma nova forma de relação Estado-Sociedade. Neste sentido, os Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei 8.142/90, são os canais de participação social, com competências definidas em estatuto legal, como mecanismo prioritário para realizar o "controle social" de políticas públicas, e, através deles, a sociedade pode decidir, definir e operacionalizar políticas públicas.

No SUS também é importante a noção de territorialidade, traduzida pela descentralização das ações de saúde para os municípios e a inclusão do Distrito Sanitário como forma de "integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde" (§2, art. 10, Lei 8.080/90), reafirmando o município como o espaço territorial onde se desenvolvem os conflitos e os pactos sociais de modo mais dinâmico, devido à proximidade da sociedade com o governo local. Pode-se inferir que os Conselhos Municipais de Saúde constituem-se em um dos canais privilegiados de participação dos atores locais, apresentando maior possibilidade do exercício da democracia participativa.

Para GOHN (2000), "o debate sobre os conselhos como instrumento de exercício da democracia esteve presente entre setores liberais e de esquerda (em seus diferentes matizes). A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, pelos liberais; e como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda".

Segundo a mesma autora, ainda que a legislação brasileira coloque os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada e participativa, atribuindo-lhes um caráter permanente e deliberativo, e ainda, constituídos paritariamente, vários pareceres oficiais têm assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo dos conselhos, com ações restritas ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de

decisão ou deliberação. A história recente da participação, entendida como influência nas decisões de políticas públicas, contribui para encontrarmos com freqüência essa situação, o que não diminui a importância e a contribuição dos conselhos como instrumento de representação civil e política, sendo necessário "dar peso político a essa representação e conseqüência à luta dos segmentos sociais que acreditaram e lutaram pela democratização dos espaços públicos" .

CORTES (2002) ressalta que os Conselhos Municipais de Saúde são fóruns participativos que têm "contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde. Porém, maior participação de usuários não garante a redução das iniqüidades na promoção de cuidados de saúde para a população. No entanto, a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar a democratização das instituições brasileiras, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político".

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o "PARTICIPASUS- Política Nacional de Gestão Participativa Para o SUS", documento elaborado pela Secretaria de Gestão Participativa, propondo uma série de atividades a serem desenvolvidas e de mecanismos de fortalecimento da participação popular nos Conselhos de Saúde, num claro reconhecimento não só da importância dos Conselhos de Saúde para o SUS, como também das dificuldades de consolidação da participação social.

Neste trabalho, percebeu-se que a participação social no Conselho Municipal de Saúde contribui para que a população tenha maior capacidade de reconhecimento e reflexão sobre os problemas de saúde de cada território que compõe o município e das causas desses problemas. A inclusão da sociedade local no diagnóstico desses problemas e na discussão das possíveis causas e soluções adiciona um componente

essencial à participação: a responsabilização pelas políticas de saúde adotadas.

Pressupõe-se, portanto, que os Conselhos Municipais de Saúde são de fundamental importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde por se constituírem em mecanismos de participação social deliberativos. Porém, enfrentam grande dificuldade de exercerem suas atribuições

III. METODOLOGIA

O presente trabalho estuda a participação social no Conselho Municipal de Saúde no município de Itapecerica da Serra, por intermédio de uma abordagem qualitativa, adotando-se o desenho de um Estudo de Caso, empregando, para a coleta de dados, a análise documental e a entrevista.

Para caracterizar e descrever a situação de saúde local levantaram-se os principais aspectos epidemiológicos da área, bem como dados de oferta e de produção de serviços pelo sistema de saúde. Para tanto, foram utilizados indicadores usuais em saúde pública como: demografia, infra-estrutura, perfil sócio-econômico, mortalidade e de morbidade.

Sendo o estudo de caso um método de investigação que permite fornecer explicações no que tange diretamente ao caso considerado e a elementos que lhe marcam o contexto (LAVILLE e DIONNE 1999), ele favoreceu a explicitação de acontecimentos e influências particulares relativos ao Conselho Municipal de Itapecerica da Serra. Por se tratar de um estudo em profundidade de casos particulares, ele reúne informações numerosas e detalhadas com vistas a apreender a totalidade de uma situação, recorrendo a variadas técnicas de coleta de informações (ZIONI 1994), ajustando-se perfeitamente aos objetivos deste trabalho.

Para a elaboração deste trabalho, adotou-se o ponto de vista de LAVILLE e DIONNE, para quem, um estudo de caso também não poderia se contentar em fornecer uma simples descrição que não desembocasse em uma explicação, pois o objetivo de uma pesquisa não é ver, mas, sim, compreender; isso não exclui, contudo, toda forma de generalização, pois o pesquisador deve ter uma idéia clara e precisa do que está pesquisando e deve saber escolher casos exemplares que revelem os aspectos que lhe

convêm em relação às suas expectativas ou opiniões, mas todos e os demais que sejam pertinentes.

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: pesquisa documental, entrevistas parcialmente estruturadas, observação não estruturada e análise das informações.

1. Pesquisa documental

A pesquisa documental refere-se ao estudo de fontes de informações já existentes e acessíveis para consulta (LAVILLE e DIONNE, 1999).

Para o presente estudo foram considerados documentos os materiais, na forma escrita, que descrevem a organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, prioritariamente as Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, do período de 1993 a 2002. Também foram consultados: Lei de criação do Conselho e Regimento Interno, Relatório Final das Conferências Municipais, folhetos, boletins, bem como matérias publicadas em jornais locais. Os documentos tiveram seu conteúdo resumido em ficha, contendo as referências do documento e transcrição de trechos que foram de interesse para a pesquisa.

A análise documental, em especial das atas, serviu de base para o conhecimento dos assuntos abordados nas atas de reunião e distinção de temas ligados à participação. Os demais documentos serviram de apoio para referendar os assuntos encontrados nas atas.

2 - Entrevistas parcialmente estruturadas

A coleta de dados com utilização de entrevistas caracteriza-se por um contato direto entre investigador e informante, de modo a propiciar que este último exprima "as suas percepções de um acontecimento ou de uma

situação, as suas interpretações ou as suas experiências" (QUIVY e CAMPENHOUDT 1992).

É uma técnica que permite ao investigador explorar em profundidade os saberes, representações, crenças e valores dos informantes, afim de se "obter uma melhor compreensão da realidade social" (LAVILLE e DIONNE 1999).

Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora, com um roteiro de questões abertas, previamente estabelecido, "mas com plena liberdade quanto à retirada eventual de algumas perguntas, à ordem em que essas perguntas estão colocadas e ao acréscimo de perguntas improvisadas" (LAVILLE e DIONNE 1999).

Conforme recomenda MINAYO (1993), o roteiro de entrevista (Anexo I) teve o propósito de traçar as linhas gerais do objeto de estudo, dando-lhe forma e conteúdo, além de contribuir para aprofundar e ampliar a comunicação entre a pesquisadora e o informante, de forma que possibilitasse a livre expressão do ponto de vista dos informantes sobre o objeto da pesquisa.

Optou-se pela realização de entrevistas com representantes dos diferentes segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde. Foram entrevistados dois representantes dos usuários (do total de dez), dois representantes dos funcionários (do total de cinco) e um representante do gestor (do total de cinco), escolhidos devido à observação feita sobre a participação ativa desses integrantes do Conselho em três reuniões em que a pesquisadora esteve presente, considerando-se também a assiduidade dos conselheiros nas reuniões verificada em atas e disponibilidade em participar da pesquisa. Pelo fato de esta pesquisa referir-se a um período de dez anos do Conselho Municipal de Saúde, optou-se por entrevistar uma usuária que participou de períodos anteriores ao mandato atual, bem como

da criação do Conselho Municipal de Saúde e do Movimento Popular da Saúde.

Foram também entrevistados dois Secretários Municipais de Saúde que estiveram à frente do Conselho Municipal de Saúde no período pesquisado. Pretendeu-se, a partir de uma pergunta guia, estimular o informante a relatar sua experiência em relação ao Conselho Municipal de Saúde.

As entrevistas com os gestores aconteceram em dezembro de 2004 e com os demais entrevistados entre fevereiro e maio de 2005.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em meio magnético após anuência do entrevistado e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

3- Observação não estruturada

A observação de três reuniões do Conselho Municipal de saúde e da VI Conferência Municipal de Saúde foi de grande importância para se perceber as "várias facetas de uma situação, sem isola-las umas das outras; entrar em contato com os comportamentos reais dos atores" (LAVILLE e DIONNE 1999). Os resultados dessas observações foram utilizados para complementar a análise das atas e das entrevistas, sendo relatados no transcorrer do trabalho.

4 - Análise das informações

Desde o início da pesquisa, foram realizadas as transcrições e o ordenamento das anotações relativas aos documentos pesquisados, com resumo de conteúdo.

Para a análise das informações, optou-se pela análise temática de conteúdo. Por esse modelo, os textos são recortados em unidades de registro de significação. Entende-se que este método propicia, principalmente, revelar o entendimento dos entrevistados acerca dos temas abordados, a partir de certos elementos contidos nos discursos (QUIVY e CAMPENHOUDT 1992), possibilitando-se inferências e a identificação de características específicas das mensagens (BARDIN 1979; MINAYO 1998).

Para se proceder a esse tipo de análise, segundo BARDIN (1979), não se deve levar em conta somente a freqüência de determinada *característica dos discursos, mas também a presença ou a ausência de itens* de sentido em uma determinada mensagem.

Os temas foram agrupados em categorias, considerando-se as possíveis divergências entre os discursos dos diferentes entrevistados.

A Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra possui um "Acervo da Saúde" composto por livros encadernados e identificados segundo temática. Assim, é possível encontrar toda a história do Movimento Pró-hospitais, Conferências Municipais de Saúde, Prestações de Contas, Eleições para o Conselho Municipal e para os Conselhos de Unidades Básicas de Saúde, álbuns fotográficos e Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, entre outros.

Do material encontrado, o interesse do presente trabalho limitou-se aos livros ata do Conselho Municipal de Saúde, composto por três volumes de duzentas folhas cada, nos quais encontram-se as atas do período analisado – 1993 a 2002 –, e os livros das Conferências Municipais de Saúde que serviram de referência para pesquisar assuntos abordados nas Atas. Todo o material é manuscrito e não há nenhum grau de dificuldade de leitura ou de acesso. Apesar de o Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra ter iniciado suas atividades em 1992, tem-se apenas a

ata de posse referente a esse ano, o que contribuiu para sua exclusão; a limitação ao ano de 2002 deveu-se ao início das atividades acadêmicas da pesquisadora (2003).

Todas as transcrições de trechos das atas, ao longo da monografia inteira, foram feitas mantendo exatamente a forma como elas foram registradas, mesmo quando nelas havia algum desvio do padrão culto.

Devido ao grande volume de material a ser pesquisado – 105 atas em 600 folhas que correspondem às atas do período estudado – optou-se pela realização de um plano amostral, sendo que, quando necessário, outras atas foram consultadas para dirimir dúvidas sobre determinado assunto abordado.

Para tanto, elaborou-se uma listagem com a data da ata na seqüência cronológica, atribuindo-se a cada uma um número seqüencial crescente, pois originalmente as atas do Conselho Municipal de Itapecerica da Serra não possuem numeração. Foi estabelecida uma amostra de 20% das atas, o que corresponde a 21 atas. Utilizando-se o método da amostragem sistemática descrita por BERQUÓ et al. (1981), obteve-se um intervalo amostral igual a 5, procedendo-se, então a um sorteio entre os números 1, 2, 3, 4 e 5, obtendo-se o número 4 (início causal). Portanto, a primeira ata a ser analisada foi a que correspondia ao número 4, seguindo-se um intervalo de 5 em 5. Este método foi escolhido por ser eficiente para o propósito, fornecer o resultado em pequeno intervalo de tempo e pela sua simplicidade (BERQUÓ et al. 1981).

Em cada tema foi indicado o percentual de trechos selecionados, porém foram considerados apenas os de maior significância, no intuito de se evitarem repetições desnecessárias.

Após essa etapa, seguiu-se a fase de análise, realizada através da identificação de temas (análise de conteúdo) e o cotejamento dos discursos obtidos nas entrevistas com o conteúdo das atas, ou seja, procedeu-se à triangulação dos dados.

A triangulação teve como objetivo contribuir para potencializar o processo de compreensão do objeto estudado, assim como maximizar o alcance e minimizar a limitação de cada técnica (MINAYO e SANCHES 1993).

Em relação à transcrição de trechos foram utilizadas as seguintes nomenclaturas para identificação do seguimento ao qual pertence o depoente: (SU) segmento usuários, (SF) segmento trabalhadores, (SGP) segmento gestor/prestador e (A) para designar trechos retirados das atas.

IV. DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

1. Caracterização do território

Itapecerica da Serra é um município situado a sudoeste da Região Metropolitana da Grande São Paulo (Mapa 1), a 33 Km do marco zero da Praça da Sé, predominantemente urbano, com taxa de urbanização de 98,95% para o ano de 2.000 (IBGE CENSO 2000). Faz limite geográfico com os municípios de Embu, São Paulo, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e Cotia e tem como principais vias de acesso a Rodovia Regis Bittencourt e a Estrada Itapecerica-Santo Amaro.

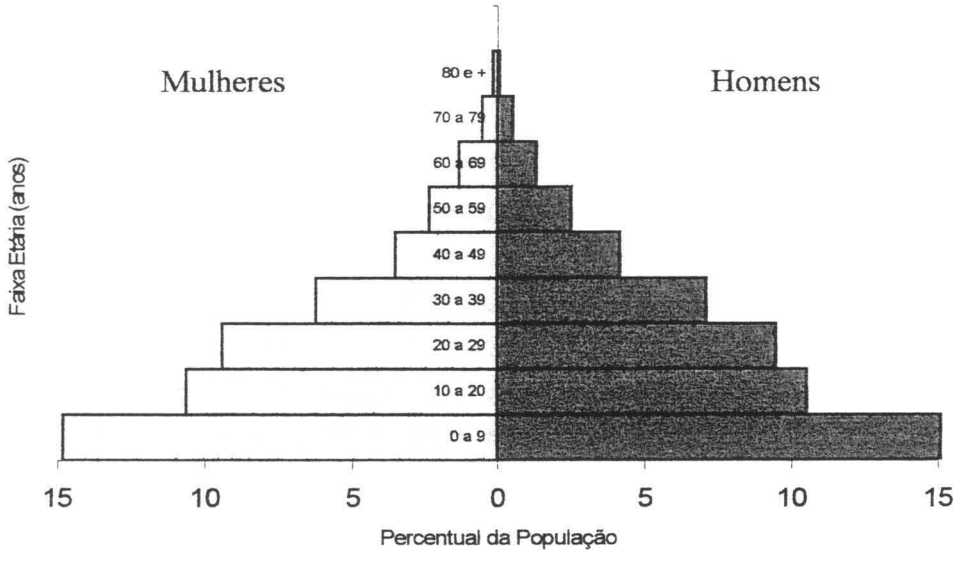
Seu território hoje é de 151 km^2 e encontra-se, desde 1976, sob a Lei de Proteção dos Mananciais, por compor a sub-bacia do Guarapiranga. Ainda que esta Lei imponha restrições rigorosas para a ocupação do solo e que essas restrições sejam bastante efetivas para o desenvolvimento econômico, não impediu a ocupação desordenada e clandestina do solo. Como resultado, o município tem áreas heterogêneas em relação à ocupação, algumas com características eminentemente rurais, outras mais planejadas e áreas de invasão, formando bolsões de pobreza.

Como grande parte dos municípios da Grande São Paulo, Itapecerica da Serra foi alvo de intensa migração iniciada na década de 70. Em apenas uma década, no período de 1970 a 1980, teve sua população aumentada em 2,5 vezes. Em 2004, sua população era de 147.540 habitantes (Estimativa IBGE), com taxa geométrica de crescimento anual de 4,69 (em % a. a. – 2000/2004 – SEADE). Para se ter exata dimensão do impacto do fluxo migratório, a densidade demográfica que era , em 1994[2], de 718,43 habitantes/km^2, em 2004 chegou a 1.140,96 habitantes/km^2, distribuídos de forma heterogênea.

---

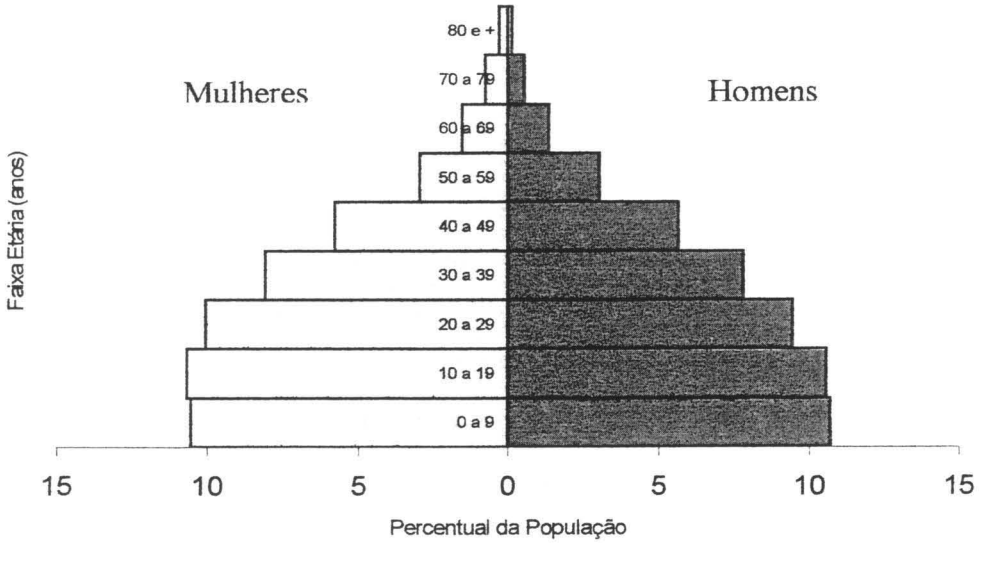
[2] Itapecerica da Serra sofreu vários desmembramentos de seu território para a formação de municípios circunvizinhos, e, desde 1994 possui a conformação territorial atual.

Itapecerica da Serra. Pirâmide Populacional por Faixa Etária. 1980.



Fonte: IBGE

Itapecerica da Serra. Pirâmide Populacional por Faixa Etária. 2000.



Fonte: IBGE

A representação gráfica da população, considerando-se as duas últimas décadas, mostra uma população em transição demográfica, com tendência de estreitamento da base devido à redução da natalidade na população e da mortalidade infantil, bem como um alargamento das faixas intermediárias e superiores, mais acentuada na população feminina, devido, principalmente, às altas taxas de mortalidade por causas externas que vitimam os adultos jovens, como veremos adiante.

2. Perfil sócio-econômico

O município de Itapecerica da Serra tinha, no início do século passado, suas atividades econômicas concentradas em olarias, que forneciam seus produtos, principalmente, para a construção civil e carvoarias, que produziam carvão vegetal para indústrias da cidade de São Paulo.

Com a Lei de Proteção de Mananciais de 1976, o município consolidou como base da economia municipal os setores de comércio e serviços, já que a restrição para o uso do solo levou algumas poucas empresas a se fixarem às margens da Rodovia Régis Bittencourt (BR 116).

Segundo estimativas da Fundação SEADE, em 2003, o município contava com uma população economicamente ativa (PEA) de 93.722 habitantes, sendo o número de trabalhadores formais da ordem de 12.764, correspondendo a 13,62% da PEA.

O quadro abaixo mostra a distribuição de estabelecimentos cadastrados no Ministério do Trabalho e o número de trabalhadores formais, segundo setor produtivo.

Tabela I – Estabelecimentos e Trabalhadores formais por setor de atividade. Itapecerica da Serra. 2003.

Setor	*Estabelecimentos*	*Trabalhadores Formais*
Indústria	92	2.266
Comércio	421	3.721
Serviços	359	6.316
Outros	57	461
Total	929	12.764

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE
Relação Anual de Informações Sociais - Rais/ Ministério do Trabalho

Fica evidenciada, segundo esses dados, a condição de cidade dormitório, já que o município dispõe de mercado insuficiente para absorver sua PEA. Grande parte dessa população está empregada em municípios circunvizinhos, em especial na cidade de São Paulo, maior pólo empregador da região.

Segundo dados do Censo de 2.000 (IBGE), em Itapecerica da Serra a renda *per capta* era de R$277,24 e 27,08% das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes tinham rendimento mensal de até dois salários mínimos, um índice bastante elevado, se comparado à taxa de 19,59% encontrada na Região Metropolitana de São Paulo para o mesmo período.

O município alcançou uma pontuação de 0,784 no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM - 2000) o que o classifica como um município de médio desenvolvimento humano, ocupando o 288º lugar no "ranking" dos municípios paulistas (em 1.980, ocupava a 312ª posição).

No item educação tem-se a seguinte situação para o ano de 2.003 (IBGE):

QUADRO I – Número de matrículas e de escolas, segundo tipo de estabelecimento de ensino

Tipo de Estabelecimento de Ensino	*Nº de Escolas*	*Matrículas*
Ensino Fundamental - Escola Pública Estadual	28	15.980
Ensino Fundamental - Escola Pública Federal	0	0
Ensino Fundamental - Escola Pública Municipal	20	7.576
Ensino Fundamental - Escola Privada	07	1.369
Total Ensino Fundamental	55	24.925
Ensino Médio - Escola Pública Estadual	18	8.958
Ensino Médio - Escola Pública Federal	0	0
Ensino Médio - Escola Pública Municipal	0	0
Ensino Médio - Escola Privada	04	301
Total Ensino Médio	22	9.259
Ensino Pré-Escolar – Escola Pública Estadual	0	0
Ensino Pré-Escolar – Escola Pública Federal	0	0
Ensino Pré-Escolar – Escola Pública Municipal	25	4.043
Ensino Pré-Escolar – Escola Privada	11	780
Total Ensino Pré-Escolar	36	4.823

Fonte: IBGE

A quantidade de equipamentos escolares, porém, não se traduz em taxas razoáveis de alfabetização. Itapecerica da Serra ocupa a 10ª posição no "ranking" de alfabetização entre os municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo[3]. Os melhores índices de alfabetização estão na faixa etária de 10 a 49 anos – 95% –, porém essa taxa alcança apenas 72,54% na população maior de 50anos.

[3] A Região Metropolitana da Grande São Paulo é composta por 39 municípios.

A Situação na área da habitação e saneamento, segundo o Censo 2.000, mostra que apenas 1,11% dos 33.736 domicílios está em área rural, sendo que 98,38% dessa população utiliza-se de água de poço ou nascente. Já na área urbana, 87,66% da população tem acesso à rede canalizada. Em termos globais, o município conta com 84,96% dos domicílios ligados à rede de água tratada. Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde, a concentração da utilização de poços, nascentes ou outra fonte, ocorre principalmente na região dos bairros Potuverá, Mombaça e Itaquaciara, pela inexistência de abastecimento de água tratada. Por outro lado, apenas 24,61% dos domicílios estão cobertos pela rede geral de esgoto ou pluvial. As fossas sépticas e rudimentares representam 67,84% do destino dado aos dejetos domiciliares no município (Tabela II).

Para se ter uma visão mais próxima da realidade de Itapecerica da Serra, pode-se destacar que apesar de o município compor a sub-bacia do Guarapiranga, o esgoto coletado é lançado "in natura" nos córregos da região. A coleta de lixo abrange 95,93% dos domicílios, porém não há aterro sanitário adequado para a destinação final dessa coleta. A coleta seletiva ainda representa um trabalho bastante incipiente, restringindo-se à ação de Organizações não Governamentais.

Observando-se a Tabela II nota-se que, no período considerado, o município teve avanços significativos na área de saneamento, ainda que insuficientes.

TABELA II – Abastecimento de água, instalações e coleta de lixo. Itapecerica da Serra. 1991 – 2000.

Saneamento	*1991*		*2000*	
	Nº	%	Nº	%
Abastecimento de Água				
Rede Geral	17.213	79,05	28.661	84,96
Poço	4.281	19,66	4.483	13,29
Outra forma	280	1,29	592	1,75
Instalações Sanitárias				
Rede Geral	2.336	10,73	8.303	24,61
Fossa Séptica	9.367	43,02	6.782	20,10
Fossa Rudimentar	8.395	38,56	16.107	47,74
Vala	989	4,54	711	2,11
Rio, Lago	-	-	1.356	4,02
Outro Escoadouro	301	1,38	268	0,80
Não sabe	63	0,29	-	-
Não tem	323	1,48	209	0,62
Destino do Lixo				
Coletado	18.487	84,90	32.364	95,93
Queimado	1.839	8,45	939	2,78
Enterrado	503	2,31	155	0,46
Jogado	833	3,83	126	0,38
Outro Destino	112	0,51	152	0,45
Total de domicílios	21.774		33.736	

Fonte: IBGE – Censos Demográficos 1991 e 2000

3. Representação política

Considerando-se o período de 1976 a 2004, nota-se uma polaridade política, tanto no Legislativo quanto no Executivo, entre dois grupos: de 1976 a 1988 entre ARENA (que apoiava o regime militar) e partidos originados dessa legenda como PDS e PFL e o MDB (partido caracterizado à época pelo seu ideário democrático); no período de 1992 a 2004 entre PMDB e PSDB ambos originados do extinto MDB.

Itapecerica da Serra não foge à regra do cenário nacional: vereadores com múltiplos mandatos, porém disputando as eleições por partidos diferentes a cada eleições, com raras exceções.

Quadro II: Representação partidária na Câmara de Vereadores. Itapecerica da Serra. 1976 a 2004.

Partido	*1976*	*1982*	*1988*	*1992*	*1996*	*2000*	*2004*
Arena	9	-	-	-	-	-	-
MDB	2	-	-	-	-	-	-
PDC	-	-	2	4	-	-	-
PDS	-	4	-	-	-	-	-
PDT	-	-	-	1	-	-	-
PFL	-	-	7	2	3	2	1
PHS	-	-	-	-	-	-	1
PL	-	-	1	-	1	-	1
PMDB	-	8	5	4	3	1	2
PPB	-	-	-	-	2	-	-
PPS	-	-	-	-	-	-	1
PSB	-	-	2	-	-	1	-
PSD	-	-	-	6	-	-	-
PSDB	-	-	-	-	3	7	4
PT	-	1	-	-	-	1	-
PT do B	-	-	-	-	2	-	-
PTB	-	-	-	-	-	2	2
PV	-	-	-	-	3	3	-

Fonte: SEADE

Considerando-se esses seis mandatos, a prefeitura municipal foi comandada por 4 diferentes prefeitos (um mesmo prefeito foi eleito pela ARENA e, quatro anos depois, pelo PFL; dois pelo PMDB; um pelo PSDB com dois mandatos seguidos). O prefeito eleito pela ARENA/PFL era pai do

prefeito eleito pelo PSDB. O Prefeito eleito em 1992, foi cassado em 1996, no último ano de mandato.

4. Movimentos sociais ligados à área da saúde

Em 1983, Itapecerica da Serra sediou o "I Encontro de Saúde da Região", que contou com a participação de técnicos da área da saúde, políticos e população organizada em torno do tema, principalmente ligada ao Movimento da Saúde. Do encontro, surgiu a proposta de um sub-sistema regional de saúde, composto por rede básica de serviços e dois hospitais para atenderem à demanda da região sudoeste da Grande São Paulo. Para viabilizar essa proposta, constituiu-se um movimento regional de luta contínua – o Movimento Pró-Hospital -, reunindo a população em amplos debates e grandes concentrações reivindicatórias (CARDOSO 1999).

Nessa ocasião, início da redemocratização do país, a discussão na área da saúde girava em torno de:

- indicadores de saúde bastante desfavoráveis;
- concentração dos serviços de saúde nos grandes centros urbanos;
- baixa acessibilidade da população aos serviços de assistência médica;
- dicotomia entre prevenção e cura e entre saúde coletiva e individual;
- e, finalmente, problemas no financiamento do setor saúde.

Na tentativa de equacionar os problemas diagnosticados, segundo CARDOSO (1999), "o Governo do Estado de São Paulo, propõe o Programa Metropolitano de Saúde, e o citado Movimento de Luta, consegue num primeiro momento, incluir os Hospitais de Itapecerica da Serra e Pirajussara (Taboão da Serra) no referido Programa, participando ativamente das discussões da concepção dos Hospitais, de suas programações funcionais e da elaboração dos projetos arquitetônicos".

Hoje, ainda que o Movimento Pró-Hospital tenha conquistado sua maior reivindicação, sendo o Hospital Geral de Itapecerica da Serra uma realidade, parte dos integrantes daquele Movimento participa de Conselhos Gestores, Conselho Municipal de Saúde ou de algum outro movimento popular.

Em 1984, o município de Itapecerica da Serra foi sede do "I Encontro Nacional da Saúde", no qual discutiu-se um novo modelo de assistência à saúde da mulher. Nesse encontro, elaborou-se um documento intitulado "Carta de Itapecerica", em cujo conteúdo, além de se refletir criticamente sobre a realidade do país, apresentavam-se propostas para a saúde da mulher. O item "Nosso conceito de saúde" desse documento é um exemplo da nova concepção de saúde que estava sendo gestada na época. Esse Encontro constituiu-se como um marco histórico do movimento de mulheres pela saúde no Brasil. Data desse período também a criação da Rede Feminista de Saúde.

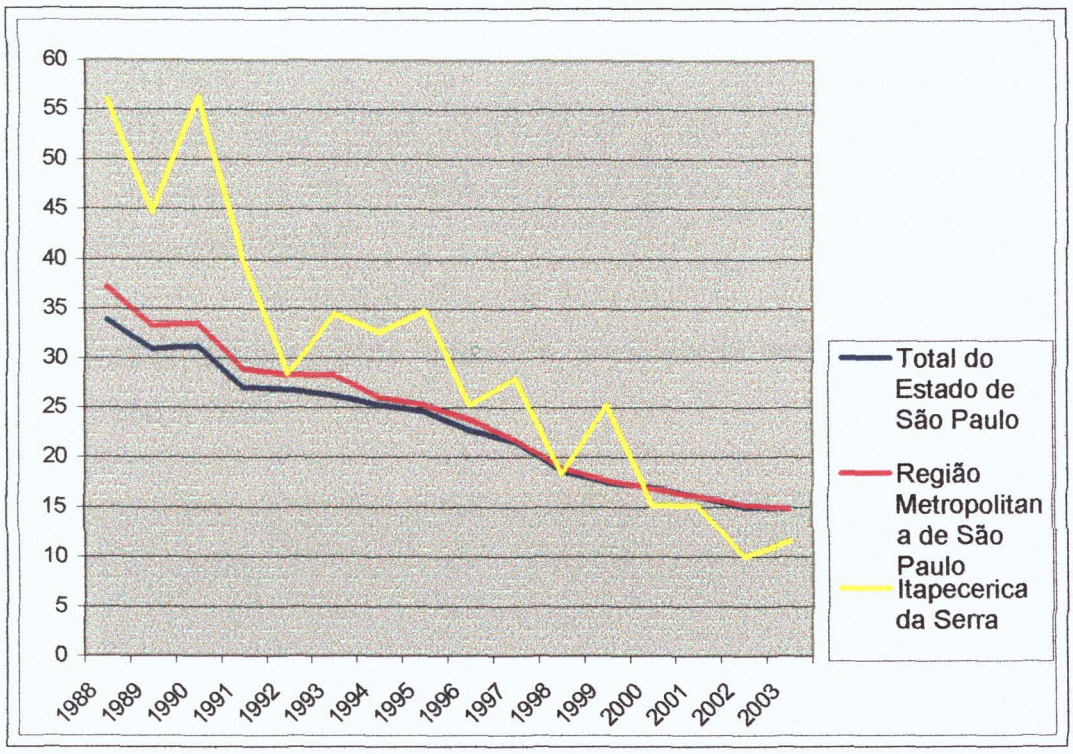
São vários os movimentos sociais que têm Itapecerica da Serra como palco de suas atividades, entre eles a Comissão Pastoral de Defesa dos Direitos Humanos de Itapecerica da Serra; o Conselho Municipal de Cultura da Paz de Itapecerica da Serra, surgido da necessidade de se fazer frente aos altos índices de violência no município; a Associação Comunitária de Itapecerica da Serra, a Rádio Comunitária, que dedica parte de sua programação às questões da saúde; os Barracões Culturais de Cidadania, uma alternativa sócio-educativa para jovens e adolescentes; o Movimento Itapecericano de Luta Contra a AIDS (MILCA), que tem desenvolvido importantes projetos de prevenção às DST/AIDS; várias ONGs ligadas à questão ambiental como a "SOS Represa Guarapiranga"; diversas Associações diversas Amigos do Bairro, Associações de Mães, Conselho de Educação e Participação Popular e diferentes Pastorais como a da Saúde e da criança, ligadas à igreja católica.

5. Perfil epidemiológico

5.1. Mortalidade infantil

O coeficiente de Mortalidade infantil (CMI), em Itapecerica da Serra, acompanha a tendência de declínio apresentada pelo Estado de São Paulo e pela Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), notando-se a acentuada queda sofrida a partir de 1990, quando o CMI alcançou 54,96 por mil nascidos vivos, chegando a 11,65 por mil nascidos vivos em 2003.

GRÁFICO I. Coeficiente de Mortalidade Infantil. Itapecerica da Serra. 1988 a 2003.



Fonte: Fundação SEADE

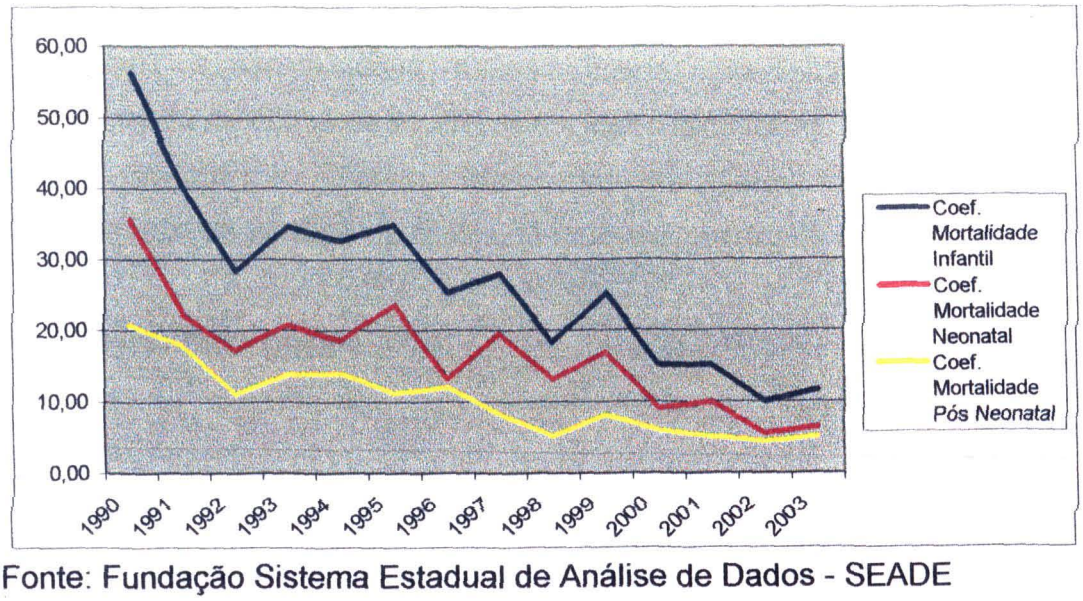
Comparativamente aos índices alcançados pelo Estado e pela região metropolitana, apenas a partir de 2000 o município obtém marcas melhores, exceto com relação ao Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal (CMPNN), ainda que por uma faixa estreita.

QUADRO III – Quadro comparativo da mortalidade infantil e seus componentes. Estado de São Paulo, Região Metropolitana de São Paulo e Itapecerica da Serra. 1995 a 2003.

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
CMI	Est. S.Paulo	24,58	22,74	21,60	18,67	17,49	16,97	16,07	15,04	14,85
	RMSP	25,23	23,84	21,68	18,94	17,66	16,90	16,11	15,27	14,84
	It.Serra	34,79	25,24	27,99	18,32	25,23	15,20	15,16	10,01	11,65
CMNN	Est. S.Paulo	15,92	15,01	14,65	12,61	12,07	11,45	10,92	10,45	10,06
	RMSP	16,01	15,57	14,41	12,62	11,99	11,09	10,74	10,27	9,90
	It.Serra	23,63	13,20	19,59	13,13	17,00	9,12	10,02	5,56	6,47
CMPNN	Est. S.Paulo	8,66	7,73	6,95	6,07	5,42	5,53	5,15	4,59	4,79
	RMSP	9,22	8,26	7,27	6,32	5,66	5,80	5,37	5,00	4,94
	It.Serra	11,17	12,04	8,40	5,19	8,23	6,08	5,14	4,45	5,18

Fonte: Fundação SEADE

GRÁFICO II – Mortalidade Infantil e seus componentes. Itapecerica da Serra. 1990 A 2003



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

Nota-se que há uma variação bastante significativa na série histórica apresentada, com tendência mais clara de declínio a partir do ano 2000, sendo que o coeficiente de mortalidade neonatal precoce apresenta uma tendência de estabilização em torno de 5 por mil nascidos vivos. Essa tendência pode ser explicada como efeito da incorporação tecnológica advinda da implantação do Hospital Geral de Itapecerica da Serra.

As causas que proporcionaram a melhoria desses indicadores não são alvo dessa dissertação, mas podemos afirmar, sem dúvida, que a organização do sistema local de saúde, a implantação do hospital, bem como a melhoria da cobertura da rede de abastecimento de água tratada e a melhoria do nível de escolaridade tiveram grande influência para tal êxito.

5.2. Mortalidade materna

Considerando-se o período de 1993 a 2000, o município de Itapecerica da Serra apresentou entre 2 e 4 óbitos maternos/ano. Em 2001 e 2002 não foram registrados casos de óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério, porém 2003 apresentou 1 caso. Segundo documentos da Secretaria de Estado da Saúde, os óbitos maternos são sub-notificados no Estado de São Paulo, o que enseja o aprimoramento de mecanismos referentes à busca ativa desses casos, principalmente através da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Conforme dados do Pacto de atenção Básica, Itapecerica da Serra teve uma taxa de investigação de 33,88% de óbitos de mulheres em idade fértil.

5.3. Morbidade geral

As informações de morbidade disponíveis são as relativas às internações hospitalares no SUS. Ainda que sejam dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e, portanto, voltados para o

faturamento, é possível considerarmos que são bastante próximos à realidade encontrada no município.

Os dados abaixo foram extraídos dos bancos de dados (Rdsp) disponíveis no sítio do DATASUS e tabulados com o auxílio do programa Tabwin, distribuído pelo DATASUS.

Tabela III – Distribuição da morbidade hospitalar de residentes em Itapecerica da Serra, segundo capítulo da CID-10. 2004.

Capítulo da CID-10	*2004*	
	Freq.	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	305	3,13
II. Neoplasias (tumores)	299	3,07
III. Doenças sangue, órgãos hemat. e transtorn. imunitários	50	0,51
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	131	1,35
V. Transtornos mentais e comportamentais	120	1,23
VI. Doenças do sistema nervoso	335	3,44
VII. Doenças do olho e anexos	136	1,40
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	19	0,20
IX. Doenças do aparelho circulatório	867	8,91
X. Doenças do aparelho respiratório	728	7,48
XI. Doenças do aparelho digestivo	782	8,03
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	140	1,44
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	196	2,01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	514	5,28
XV. Gravidez, parto e puerpério	3.568	36,66
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	201	2,06
XVII.Malformações congênitas, deformid. e anom. cromoss.	105	1,08
XVIII.Sintomas, sinais e achados anorm, ex. clín. e laborat.	131	1,35
XIX. Lesões, envenen. e outras conseq. causas externas	885	9,09
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0,01
XXI. Contatos com serviços de saúde	221	2,27
Total	9.734	100,00

Fonte: SIH/SUS

Excetuando-se o capítulo XV da CID-10 (gravidez, parto e puerpério), temos que a primeira causa de internação no município de Itapecerica da Serra em 2004, foram as causas externas, contidas no capítulo XIX. Na seqüência, considerando-se as cinco primeiras causas de internação, teremos as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX), doenças do *aparelho digestivo (capítulo XI), doenças do aparelho respiratório (capítulo* X) e doenças do aparelho geniturinário (capítulo XIV). Em termos de valores dispendidos, essas cinco primeiras causas de internação respondem por 58,16% do total gasto com o pagamento de internações hospitalares de residentes em Itapecerica da Serra. O gasto representado pelo capítulo XV (gravidez, parto e puerpério), corresponde a 20,90% do gasto total com internações de residentes em Itapecerica da Serra.

Ainda excetuando-se o capítulo XV, as doenças infecciosas e parasitárias são a 7ª causa de internação, seguido pelas neoplasias.

Esse cenário aponta para a denominada transição epidemiológica, ou seja, a coexistência de doenças infecciosas e parasitárias com doenças crônico-degenerativas, além de evidenciar uma das situações que mais preocupa a sociedade moderna – a violência e os acidentes.

5.4. Mortalidade geral

Os dados sobre mortalidade foram extraídos dos bancos de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tendo como fonte as declarações de óbitos processadas pela Fundação SEADE. Para obter as tabelas foi usado o já mencionado programa Tabwin. Foram utilizados os dados referentes ao ano de 2003, pois os disponíveis de 2004 são apenas parciais.

Tabela IV – Mortalidade geral, segundo capítulo da CID-10. Itapecerica da Serra. 2003.

Capítulo da CID-10	2003	
	Freq.	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	40	4,71
II. Neoplasias (tumores)	114	13,41
III. Doenças sangue, órgãos hemat. e transtorn. imunitários	3	0,35
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	32	3,76
V. Transtornos mentais e comportamentais	6	0,71
VI. Doenças do sistema nervoso	18	2,12
VII. Doenças do olho e anexos	0	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,12
IX. Doenças do aparelho circulatório	240	28,24
X. Doenças do aparelho respiratório	84	9,88
XI. Doenças do aparelho digestivo	50	5,88
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0,24
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	5	0,59
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	1,65
XV. Gravidez, parto e puerpério	1	0,12
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	17	2,00
XVII. Malformações congênitas, deformid. e anom. cromoss.	9	1,06
XVIII. Sintomas, sinais e achados anorm, ex. clín. e laborat.	19	2,24
XIX. Lesões, envenen. e outras conseq. causas externas	0	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	195	22,94
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0,00
Total	850	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/FSEADE

A primeira causa de óbitos de residentes em Itapecerica da Serra, no ano de 2003, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças do

aparelho digestivo, considerando-se as cinco principais, o que representa 80,35% dos óbitos ocorridos.

Considerando-se as faixas etárias da ocorrência desses óbitos, fazem-se necessários alguns comentários: 37,5% dos óbitos que tiveram como causa as doenças do aparelho circulatório ocorreram em pessoas com menos de 60 anos de idade; 71,28% dos óbitos por causas externas ocorrem em adultos jovens na faixa etária de 15 a 39 anos. Considerar apenas esses dois indicadores é, obviamente, pouco para uma caracterização epidemiológica do município, mas são dois exemplos gritantes da necessidade de o município desenvolver ações para a redução desses agravos.

6. Sistema local de saúde

As informações aqui constantes foram extraídas do Relatório de Gestão Municipal de Itapecerica da Serra de 2003.

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB/96, desde 1998 e habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada pela NOAS/2002.

A partir da década de 80, com os repasses de recursos de outras esferas governamentais, através dos convênios AIS e SUDS foi possível implantar várias unidades que vieram a constituir a atual rede de serviços municipais de saúde. Na década de 90, foram implantados os primeiros leitos públicos para internação hospitalar no município.

A rede de serviços públicos para a assistência à saúde em Itapecerica da Serra é, atualmente, composta por nove Unidades Básicas de Saúde, duas Unidades Socorristas (Prontos Socorros), um Centro de Especialidades Municipal (CEM) e uma Maternidade Municipal. Estão localizados em

Itapecerica da Serra dois próprios estaduais: Hospital Geral de Itapecerica da Serra, cujos 204 leitos, incluindo os da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são referência para a população dos municípios de Itapecerica da Serra, Juquitiba, Embu-Guaçu e São Lourenço da Serra, bem como atendem a municípios vizinhos como São Paulo e Embu; Laboratório Regional, que realiza exames de interesse epidemiológico.

O processo de consolidação do SUS municipal teve como etapa inicial a construção de uma rede de serviços de saúde, ampliada, ao longo dos anos, não só na sua capacidade física, mas também na diversidade e complexidade dos serviços ofertados pelas Unidades de Saúde.

A área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde está definida desde 1993, quando da realização de oficinas de territorialização (1993 a 1995) em que técnicos e comunidade participaram do reconhecimento e definição do território de responsabilidade de cada Unidade de Saúde.

Tendo por base essas oficinas de territorialização e a contagem populacional de 1996, foram estimadas as populações das áreas de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde, observando-se áreas com alta concentração como as da Unidade Básica Parque Paraíso e da Unidade Básica Jardim Jacira e outras de baixa concentração como o da Unidade de Saúde da Família Potuverá. Quando da implantação da Unidade Básica de Saúde Mombaça foi realizada oficina de territorialização com a equipe de saúde e população da região do Mombaça e Itaquaciara com o objetivo de delimitar, reconhecer a população da área de abrangência da unidade, bem como divulgar a nova unidade.

Tabela V – Distribuição da população estimada nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde – Itapecerica da Serra. 2003.

Unidade	*População*	*%*	*Área (Km²)*	*Densidade*
Branca Flor	7.664	5,35	3.822	2.005,23
Crispim	12.993	9,07	12.780	1.016,67
UBS/PS Jd. Jacira	29.095	20,31	3.497	8.319,99
Parque Paraíso	23.451	16,37	1.123	20.882,46
Potuverá	5.616	3,92	29.900	187,83
Salvador de Leone	31.588	22,05	68.927	458,28
São Pedro	6.661	4,65	9.910	672,15
Mombaça	7.220	5,04	14.946	483,07
Valo Velho	18.967	13,24	6.595	2.875,97
Município	**143.255**	**100,00**	**151.500**	**945.58**

Fonte: Relatório de Gestão Municipal. 2003.

A política de saúde do município tem-se orientado, desde 2001, por três eixos estratégicos[4]:

- Construção da atenção cuidadora, tendo como alvo os profissionais de saúde, preparando, capacitando e envolvendo-os para o exercício de um atendimento humanizado e para o trabalho em equipe;
- Ampliação dos canais de participação do cidadão, divulgando os canais de participação e informação da comunidade, bem como preparando os conselheiros para o exercício da função;
- Reorganização das Unidades de Saúde e das formas de trabalho buscando tornar as unidades acolhedoras, resolutivas, tendo como objetivo a humanização dos serviços e a satisfação do usuário.

O município de Itapecerica da Serra tem em seus recursos próprios a principal fonte de financiamento do SUS municipal, destinando 25,28% destes para a saúde (SIOPS – Ano base 2003)

[4] Resolução da IV Conferência Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra (2000)

O município tem destinado percentuais superiores a 20% dos recursos próprios em saúde que, em 2003, foi de 21,74% (SIOPS). Em relação aos valores mínimos definidos pela Emenda Constitucional nº 29/2000, o município, desde 1993, já supera o teto mínimo legal estipulado de 15% dos recursos próprios. Verifica-se, ainda, que 73% do financiamento do setor saúde decorrem da aplicação de recursos próprios do município, cabendo à União e ao Estado o percentual de 27%.

V. DEZ ANOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL[5]: APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Cabe destacar como primeira análise, a qualidade das anotações encontradas nas atas. Com poucas exceções, as atas são bastante extensas, propiciando ao leitor uma visão do contexto das discussões ocorridas durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Os problemas encontrados serão relatados no transcorrer do capítulo.

Primeiramente, buscou-se identificar nas atas qual o segmento que mais fazia uso da palavra, como uma forma de "medir" a participação, para posteriormente qualificar, atribuindo significância a essas manifestações.

Nas vinte e uma atas analisadas, foram identificadas 268 referências com o nome do interlocutor. Observa-se, porém, o uso em abundância de termos como "nós", "o conselho", "os conselheiros", "foi aprovado", "discutiu-se". Diante da impossibilidade de se identificar o segmento ao qual se referem determinados trechos, foram computados apenas aqueles que puderam ser claramente identificados.

Assim, apurou-se que os usuários fizeram uso da palavra em 25% das referências computadas; os trabalhadores apenas 2,24%; os convidados 7,83%; os vereadores 0,37% e os 64,56% restantes corresponderam ao uso da palavra pelos prestadores, sendo que desses últimos 31,34% são referentes ao presidente do Conselho (Secretário da Saúde) e 22,76% de representantes da administração.

Pode-se notar uma desproporcionalidade de anotações referentes ao interlocutor muito acentuada entre os segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde. Chama atenção a pouca referência às intervenções do

---

[5] Referente ao período estudado no presente trabalho

segmento dos trabalhadores da saúde, mesmo tendo representantes presentes à reunião do Conselho em todas as atas analisadas.

Os trechos selecionados seguiram a lógica da relevância e significância em termos dos objetivos do trabalho para qualificar a participação social no Conselho Municipal de Saúde.

Concomitantemente, extraiu-se das entrevistas trechos que confirmassem ou que fossem antagônicos, ou ainda, que dessem significância ao que se verificou nas atas, já praticando a triangulação dos dados obtidos entre as atas e entrevistas.

Após várias leituras, pôde-se decidir pela criação de três temas: Organização e Operacionalização do Conselho Municipal de Saúde, Funcionamento do Sistema e Participação.

1- Operacionalização do Conselho Municipal de Saúde

Entendendo-se que o processo organizativo e operacional do grupo é de extrema importância para a viabilização da participação, foram aqui relacionados assuntos referentes a informes gerais, às questões administrativas da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde que fizeram parte das discussões das reuniões. Esse tema ocupa aproximadamente 39% do conteúdo das atas e, no geral, faz parte das manifestações do Presidente do Conselho, dos representantes da administração e do representante da Secretaria Estadual da Saúde, sendo que o último tem pouquíssimas intervenções, que se limitam, quase sempre, a informes referentes ao cumprimento de prazos e destinação de recursos financeiros.

O trecho da entrevista abaixo reflete o que foi encontrado nas atas com relação ao tema organização e operacionalização do Conselho Municipal de Saúde:

> *(....)o Conselho de Itapecerica era, basicamente, formado por pessoas que vieram do Movimento da Saúde e que já tinham um trabalho de luta pela saúde, pelo SUS. E nessa época existia uma expectativa realmente de construir um sistema e a participação das pessoas era muito reflexo do que se acreditava naquela época. Era muito próximo do que as pessoas esperavam com a democratização do país, como é que a gente ia organizar espaços de participação e, nesse começo da minha gestão em Itapecerica, já existia Conselho lá. Na gestão anterior é que foram criadas pela Lei Orgânica Municipal, todas as instâncias preconizadas pela Constituição. Então, tinha a Lei da Saúde, da criação do Conselho e, quando eu entrei, a gente trabalhou muito na operacionalização da Lei. Porque, na gestão anterior, eles trabalharam na formulação das Leis. Daí, quando eu entrei, por exemplo, qual era o Regimento Interno do Conselho? Como ele deveria funcionar? Qual era o caráter dele? É... e era tudo elaborado com as pessoas. (SGP)*

Pôde-se, ainda, agrupar esse tema em subtemas, conforme se segue:

1.1. Funcionamento do Conselho

É registrado em atas o desenvolvimento de atividades voltadas para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde no seu aspecto formal: desde o cronograma das reuniões, até as longas discussões sobre propostas de mudança do Regimento Interno do Conselho. Foram relacionados os seguintes tópicos referentes a esse subtema:

- Leitura da ata da reunião anterior e eventuais correções;
- Designação de secretária executiva do Conselho, designação de novos membros do segmento prestador;
- Justificativa de ausência na reunião;
- Cronograma de reuniões do Conselho Municipal de Saúde;

- Alteração do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos de Unidades de Saúde;

> *O conselheiro [ ] fala da necessidade de incluir na discussão o projeto do Regimento Interno do CMS. (A)*
>
> *[ ] propõe que cada participante leia o Regimento Interno para ser discutido na próxima reunião. (A)*
>
> *(....)passou-se a discutir o Conselho de Saúde das Unidades e o Regimento Interno dos mesmos(....) (A)*

O *regimento interno* sofreu alterações propostas pelos conselheiros, porém não são identificadas nas atas. Pela comparação dos regimentos internos, percebe-se que as alterações tratam de como o Conselho Municipal deve desencadear as eleições, dispõem sobre a inelegibilidade de funcionários como possíveis *representantes de usuários e acrescentam* artigo referente às eleições de funcionários.

- Tarefas referentes à realização das Pré-Conferências e Conferências Municipais de Saúde;

> *Então, eles [conselheiros] fazem parte da comissão que prepara os textos da pré-conferência. Eles se responsabilizam pelas pré-conferências junto com os diretores de unidades. E a pré-conferência é o que tem de mais rico na Conferência.(SGP)*

- Definição de pauta para próxima reunião
- Pauta

> *[ ] expõe a pauta. Iniciará com a apresentação da NOAS/01 pelo [ ], como solicitado pelos participantes do Conselho e após poderíamos ouvir o [ ] sobre a participação na Conferência Nacional de Vigilância Sanitária e discutir a Avaliação de 2001 e discussão das propostas para 2002. Todos concordam com a pauta. (A)*

Em relação à pauta, um dos entrevistados relata:

> *Digamos que não é uma pauta. Como eu participo do Conselhinho, eu já fico olhando, prestando atenção no que a gente consegue. O meu diretor fala: olha, isso nós conseguimos resolver na Unidade, isso se você quiser discutir... ele deixa em aberto. Não tem muito o que falar do Dr. [nome], não tem nada a ver com a entrevista, mas ele é muito bom. Ele deixa à nossa escolha. Se você acha que você tem que levar lá [no Conselho Municipal de Saúde], você discute. Então, eu vejo que se não conseguimos resolver lá [na Unidade de Saúde] é porque ele não conseguiu mesmo. Então, eu tenho que trazer até aqui [no Conselho Municipal de Saúde]. Mas a maioria das coisas a gente consegue por lá, só traz em ultimo caso pra cá. (ST)*

E outro conselheiro diz:

> *A principio a gente faz a reunião, né? Então a gente tem um calendário para que a nossa reunião na Unidade Básica de Saúde seja antes da reunião do Conselhão que é pra que a gente possa estar trazendo os problemas, as reivindicações pra reunião do Conselhão. (SU)*

Cabe, então, diante dos registros em atas e entrevistas fazer uma observação: são escassas as citações sobre definição de pauta nas atas. A dinâmica adotada pelo Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra para a composição da pauta tem por base as reuniões mensais ocorridas nos Conselhos de Unidades de Saúde, indicando que esse tipo de organização pode contribuir para que o CMS tenha uma relação mais próxima ao usuário. Nessas reuniões são discutidos os assuntos de interesse local, sempre com a presença do diretor da Unidade de Saúde, que faz, obrigatoriamente, parte do Conselho da Unidade de Saúde. Os temas tratados em reunião, que não têm condições de serem trabalhados pela própria Unidade, irão compor a pauta de reunião do Conselho Municipal de Saúde e expostos no início da reunião. Eventualmente, há uma pré-definição de pauta, que pode ser aprovada de uma reunião para outra, ou pode haver inclusão de tema no início da reunião.

Essa prática do Conselho Municipal de Saúde revela-se importante e em próximo tópico será realizada uma reflexão sobre seu significado.

- Realização de eleições para os Conselhos de Unidades, formação de comissões eleitorais.

> *Sobre a renovação dos Conselhos, [ ] informa que as eleições serão realizadas no meio do ano e que o primeiro passo é a divulgação do papel do Conselho. Propostas de cronograma para a realização das eleições dos Conselhos de Unidades foram entregues a todos os conselheiros presentes. Foi mostrado um livrinho feito em 1997 com explicações sobre o que é o Conselho. Este livro será atualizado e utilizado posteriormente. Cada Unidade deverá mandar seus representantes para participarem da Comissão Eleitoral. (A)*

O trecho acima ilustra a dinâmica do processo eleitoral dos Conselhos de Unidades do ponto de vista organizacional. A citada Comissão Eleitoral tem representantes dos três segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde e todo o processo é conduzido por essa Comissão, desde a elaboração das regras eleitorais até a apuração e posse dos Conselhos. Será retomado este tema, sob a ótica da participação, mais adiante.

Nas entrevistas, é possível identificar-se um discurso apegado às disposições legais sobre a realização das eleições, como também sua importância para a organização e operacionalização do CMS:

> *Ela é extremamente necessária, até porque está prevista na Lei 8.080 e na Lei 8.142 do ano de 1990, a participação popular, e ela é regulamentada. Então, é uma forma, de fato, das pessoas que tanto questionam... porque o nosso cliente, o nosso usuário, ele tem um perfil imediatista. Ele cobra muitas posições do governo, mas ele precisa entender, descobrir e participar do controle social. E o Conselho é legítimo. Ele é um órgão colegiado que pode deliberar também sobre as políticas públicas de saúde no município. (SU)*

- Divulgação de resoluções de Conferência Municipal de Saúde

> *(....)passou-se aos informes da III Conferência Municipal de Saúde e foi entregue aos presentes uma cópia das Resoluções que serão impressas em número de 1000 para distribuição aos participantes, conselheiros, funcionários e população em geral (....)a [ ] informa também que a moção do Hospital Regional foi encaminhada a todas as autoridades de direito (....)Informa também que foi encaminhado ofício à TELESP solicitando o Disque-Saúde para o município e está aguardando resposta. (A)*

> *[ ] informa que já tem uma equipe trabalhando no Manual do Usuário que conterá mapas de acesso aos serviços de saúde, meios de transporte e os serviços disponíveis em cada unidade de saúde. (A)*

Destaque-se que a forma de operacionalização do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra provocou um efeito-demonstração em Itapecerica da Serra, servindo de modelo para a implantação de outros Conselhos no município.

> *Então, desde a gestão da [ ], o Conselho se Saúde foi um modelo para a administração (....) Acabou sendo do Conselho de Saúde que se criou o Conselho de Ação Social, de Educação, então o município é um município que tem muitos Conselhos, Conselho de Habitação, Conselho do Turismo, Conselho do não sei o quê. E muitos deles acabaram tendo como modelo inspirador o Conselho de Saúde como o regimento inspirado no regimento de saúde. (SGP)*

Esse aspecto também será posteriormente retomado.

1.2. O Conselho e as atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde

São abordados temas referentes às atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde em relação à administração geral, à forma como o trabalho é conduzido. A esse respeito, segue-se a transcrição:

> *Quem segurava a gente lá, com partido diferente, com uma política às vezes hostil à própria Câmara, era essa forma de trabalhar. Que era uma forma de trabalhar muito lá onde as pessoas estavam e com o que elas tinham. E assim, todas as coisas importantes da política de saúde, a população sempre tava presente. Desde as diretrizes que eram tiradas nas Conferências, depois nas reuniões mensais e até a forma de trabalhar, onde trabalhar, o que priorizar e todo o processo de territorialização, de hierarquização, de forma de como trabalhar, como que é melhor trabalhar, como é melhor estruturar as referências, como que é melhor garantir o acesso, o que que vai estar introduzindo na unidade, o que que a unidade tem que fazer de qualquer maneira. Isso sempre foi discutido com a população. A gente, claro, tinha uma voz importante. Todos os técnicos são autoritários e tem todo um saber já pronto, né? Mas, a gente informava e se submetia ao processo de discussão e acrescentava coisas importantes que davam uma consistência diferente no que a gente fazia. (SGU)*

O Movimento Popular da Saúde teve um papel importante na condução do setor, ou seja, existiu um nível significativo de participação social. Um exemplo desse aspecto é o fato de que, apesar de mudanças na administração municipal manteve-se o mesmo gestor, identificado com o movimento social em saúde na cidade, durante 8 anos. Na troca de gestor em 2001, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, em concordância com o Conselho Municipal de Saúde indicou a substituta, que era uma técnica concursada dos quadros da Secretaria.

Da leitura das atas destacam-se outros assuntos, conforme o que segue:

- Situação da rede de saúde (com ênfase nas condições físicas e equipamentos quando da mudança de Gestor), abastecimento de medicamentos, quantitativo de recursos humanos;
- Ofícios encaminhados em virtude de demanda do Conselho Municipal de Saúde ou para conhecimento;
- Informações sobre recursos advindos do Estado, Banco Mundial ou de outras fontes para o município;
- Coleta do Lixo hospitalar;
- Comunicação de abertura de concursos públicos;
- Comunicação de abertura de licitação;
- Entrega de documentos aos conselheiros (Plano Municipal de Saúde, Prestação de Contas, Agenda Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Resoluções das Conferências etc.);
- Informe sobre aumento salarial dos médicos, dificuldade de contratação, critério de seleção e de fixação dos profissionais no município;
- Aprovação de atas para pleito de habilitação;
- Aluguel de imóvel para abrigar Unidade Básica de Saúde, construção, reforma, ampliação, inauguração de Unidades de Saúde;

A esses assuntos mais pontuais, acrescenta-se uma das funções do Conselho Municipal de Saúde que, é a aprovação das Prestações de Contas, de Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão, entre outros documentos de avaliação e controle do sistema local de saúde. Os trechos abaixo fornecem um indicativo de como esse processo é anotado nas atas.

> *[] iniciou a reunião reapresentando, para aprovação final, o Plano Plurianual, o Plano Municipal de Saúde, a Agenda Municipal de Saúde e a Pactuação dos Indicadores, todos foram aprovados. (A)*

> *(....)[sobre a prestação de contas] foi explicado as aquisições de medicamentos, mobiliários para as novas unidades, as*

obras (empreiteiras), aquisição de medicamentos de alto custo, contratação de pessoal para a vigilância sanitária, aquisição de equipamentos para a vigilância epidemiológica como geladeiras. Assistência Farmacêutica, Dose Certa. Na reforma do Salvador de Leone, os recursos estão disponíveis, vindo do Estado. Na construção da UBS Mombaça a Secretaria de Obras entrou com a mão-de-obra e a Secretaria da Saúde com a compra de materiais. Nos concursos precisamos de uma maior divulgação, contamos com a ajuda dos conselheiros para atingir nosso objetivo, este será o último concurso antes das eleições e precisamos homologar até dia 30/06. Foi realizada a instalação da rede de informática para ligações das Unidades de Saúde com a Sede, treinamento de conselheiros e campanhas (....)No geral o município está bem. [são mostrados números de consultas, cobertura vacinal, ações de enfermagem]. *(A)*

(....)é habilitado na NOB 93 e que por nova portaria do Ministério da Saúde - NOB 96 o município deverá passar por nova habilitação para definir o tipo de gestão (....)e como requisito deverá apresentar junto com o Plano municipal, um relatório de gestão de 1996 e 1º semestre de 1997, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e registrados em ata. (A)

Sobre o Plano Municipal [ ] lê em voz alta, resumindo o conteúdo do Plano (....) Propostas para 2002: inauguração do Mombaça, CEM, maternidade ampliada, Branca Flor, capacitações, PROFAE[6]*. Aprovado. (A)*

A leitura das atas, das quais apresentaram-se acima alguns trechos, não é suficiente para se apreender todo o processo. Percebe-se que as anotações possuem uma dimensão exclusivamente burocrática e formal com o objetivo de cumprimento de obrigação legal. Por isso, para a identificação do mesmo, apelou-se às entrevistas. O seguinte trecho de entrevista confirma o exposto, principalmente em relação à prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde:

Eu acho que foi um período, pra mim, que foi um aprendizado muito grande. Porque eu mesma tinha uma dificuldade de entender aqueles balanços, orçamentos, executado, não

---

[6] Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem do Ministério da Saúde.

> *executado. E tinha uma conselheira que é contadora. E os outros conselheiros também não entendiam. Então, você acabava fazendo a prestação de contas pro Conselho, que é uma formalidade, e todo mundo aprovando porque não entende. E esse período foi um período que a gente aprendeu a fazer uma prestação de contas pra todo mundo entender. Então, essa contadora, que é representante dos usuários foi sugerindo formatos e a gente foi mudando a prestação de contas cada vez, até chegar no formato que todo mundo entendia, inclusive eu. O que é que tava se passando, quanto tinha entrado, do que que tinha entrado, como era a previsão orçamentária, como era a execução orçamentária, que compras tinham sido feitas. E a gente conseguiu entender tudo isso e o Conselho se sentiu seguro de aprovar uma prestação de contas sabendo o que tava fazendo. Eu acho que isso foi um grande ganho pra mim em relação ao controle social. Porque é fácil você cumprir formalidades, né? (SGP)*

Encontra-se nas atas, algumas referências quanto ao esclarecimento de algum item das prestações de contas, que é respondido pelo gestor sem que isso gere ressalvas ou não aprovação da mesma. Pode-se supor que a proposta de alteração da apresentação das prestações de contas tenha sido feita pelo próprio gestor como sugere o trecho acima.

Houve de fato uma mudança no formato da apresentação da prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde, conforme verificado em documentos que não constam das atas; isso não significou que ela se tenha tornado mais compreensível visto que não implicou mudanças nos registros efetuados nas atas em todo o período estudado.

O Plano Municipal de Saúde, por sua vez, foi elaborado pelo "staff" da Secretaria Municipal de Saúde em consonância com as resoluções das Conferências Municipais de Saúde, principalmente no tocante a obras (construção ou reforma de Unidades de Saúde), contratação de recursos humanos, implantação do acolhimento/humanização.

Em relação a aprovação de projetos do Ministério da Saúde, um dos entrevistados faz a seguinte observação:

> *E foi uma época que a gente tinha que aprovar um monte de projetos porque o ministério tava querendo em cima da hora, o Estado deu datas muito... aprovar a PPI-ECD. Imagine você aprovar a PPI-ECD com Conselho recém-eleito que não sabe o que é PPI, não sabe o que é ECD, não sabe o que são aqueles indicadores que a gente tá falando. Então foi uma discussão muito séria. E a gente levou dias de reunião, tendo que fazer reunião extraordinária pra poder explicar item por item o que que quer dizer, qual a importância do Conselho aprovar, qual o ônus de não aprovar, né? Aprovar a parte dos indicadores, a PPI-ECD, avaliação de gestão e foi complicado esse começo (SGP)*

As atas demonstram que a preocupação com o cumprimento de prazos estipulados pela SES ou Ministério da Saúde contribui para a burocratização com que são tratados determinados temas. Nesse caso, as atas não refletem o discurso das entrevistas.

1.3 Informes Gerais

Em todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde há espaço para a divulgação de informes gerais que são dados pela administração e/ou conselheiros e dizem respeito a:

- Prestação de serviços por outras instituições públicas;
- Informes do Movimento Pró-hospitais;
- Atividades desenvolvidas no Hospital Geral de Itapecerica da Serra (Hospital sob gestão estadual);
- Divulgação de eventos ligados à saúde;

> *(....)informou-se sobre oficina de territorialização no Valo Velho (....) (A)*

> *(....) informou-se sobre o I Fórum de reflexão sobre o ECA* (Estatuto da criança e do adolescente). *(A)*
>
> *Sobre o Projeto Guatemala*[7]*, foi colocado que a realização do mesmo teve dificuldades, uma vez que não temos prática e são vários setores reunidos tentando falar a mesma língua. Foram retirados 30 caminhões de entulhos do córrego, feita a desratização, entre muitas outras ações (....)foram adotadas 273 árvores pelas crianças que criaram o clube da árvore (....)os Agentes Comunitários de Saúde estão fazendo um trabalho contínuo no local. Os moradores compraram lixeiras e colocaram na frente de suas casas (A)*
>
> *[] faz a leitura da carta sobre a III Conferência Estadual de Saúde, além da Saúde Mental para eleição de delegação para participação. Será organizado pela DIR V um encontro de conselheiros. Irão 3 representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica e um representante dos funcionários. (A)*

Sobre o Plano Municipal de Saúde vale lembrar que, teoricamente, sua análise poderia ser efetuada no item participação, visto que, pressupõem-se que a população deve desempenhar um papel central. No entanto, os dados disponíveis indicam que *seu encaminhamento foi mais* burocrático do que político. Por esse motivo, enquadrou-se no item operacionalização do sistema.

A titulo de observação para posterior análise, salienta-se o fato de que o Conselho Municipal de Saúde não possui espaço próprio e depende da Secretaria Municipal de Saúde para todo o procedimento administrativo *e/ou burocrático para seu funcionamento.*

Apesar de a presente pesquisa ter como alvo o período de 1993 a 2002, entendeu-se que seria necessário o acompanhamento de algumas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, para presenciar-se a dinâmica das reuniões e confrontar-se a observação com a transcrição da ata.

---

[7] O Projeto Guatemala foi criado pela Secretaria Municipal de Saúde para realização, em conjunto com outras Secretarias Municipais, de mutirões realizados na rua que emprestou seu nome ao projeto.

Certamente, grande parte do debate que ocorre no Conselho é anotado, mas uma parte considerável se perde, principalmente quando as discussões são mais acaloradas. Algumas atas contêm grande riqueza de detalhes, chegando a possuir mais de dez páginas manuscritas. Além disso, há que se considerar a subjetividade e a posição do anotador que durante todo o período considerado, foi uma funcionária da Secretaria Municipal de Saúde.

Esse tema é bastante presente no discurso dos gestores entrevistados e quase ausente nos demais segmentos, como se a operacionalização do Conselho Municipal fosse algo inerente ao gestor.

2. Funcionamento do Sistema de Saúde

Nesse momento, foram relacionados trechos que faziam referência a assuntos ligados :

- à rede física de assistência à saúde (construção, reforma, implementação);
- à recursos humanos (plano de carreira, contratação, concursos, capacitação, em especial referente aos Agentes Comunitários de Saúde);
- à reclamações sobre o serviço ou atendimento;
- à eventos ligados à prestação de serviços;
- ao volume de atendimentos;
- à atendimentos em especialidades médicas;
- ao Movimento Pró-Hospital;
- ao resultado de sindicância interna à Secretaria Municipal de Saúde;
- à Campanha de Multivacinação;
- à inserção do Hospital Geral de Itapecerica da Serra no Sistema Loco-Regional de Saúde;
- ao aleitamento materno;
- às Oficinas de Avaliação dos Serviços de Saúde;

- à campanha da adoção responsável (cães/gatos);
- aos surtos de doenças diversas que aconteceram no município;
- à saúde bucal;
- à mortalidade infantil;
- ao pré-natal humanizado;
- ao planejamento familiar;
- ao financiamento do Sistema;
- ao orçamento-programa;
- à implantação do acolhimento nas Unidades e outros.

Foram selecionados 65 trechos retirados das 21 atas analisadas (28%). A exemplo do que ocorreu, da mesma forma que o item anterior, dos trechos selecionados decorrem três subtemas, de acordo com a lógica da relevância e freqüência com que esses temas aparecem.

No tema Funcionamento do Sistema de Saúde, nota-se uma maior interlocução do segmento dos usuários, inclusive com debates sobre o Sistema Único de Saúde, questionamentos sobre o andamento de atividades desenvolvidas no município. É recorrente, nas atas, a anotação de palestras proferidas por membros da administração local sobre o Sistema Único de Saúde, Financiamento do Sistema de Saúde, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) ou sobre programas do Ministério da Saúde como o Programa de Humanização do Pré-Natal, Programa de Combate a Dengue, DST/AIDS. Também estão presentes anotações de discursos do gestor em relação ao funcionamento do sistema de saúde.

> *(....)a [ ] fala da necessidade de conscientização de que é necessário mudar a qualidade de vida para melhorar a saúde da população e não associar ao fator quantidade de médicos existentes nos serviços, onde a maioria atribui a falta de médicos aos problemas de saúde. (A)*

A Unidade é responsável por aquela clientela, mas a clientela procurar o que ela acha melhor. E a gente trabalhava pra que ela achasse melhor ou igual o lugar que ela morasse. Então, tinha muito essa coisa das Unidades cativarem aquela população da sua área de abrangência. Porque, de alguma forma, a avaliação de desempenho da Unidade era feita por essa busca de outros serviços no próprio município. E lá é um lugar que foi possível fazer experiências muito interessantes e até por à prova a viabilização de propostas de forma mais tranqüila e fácil porque você não tinha iniciativa privada. E como o município é grande e longe, a população queria usar o serviço lá mesmo. Ela não queria ir embora dela, ela não queria ir buscar outra coisa fora. E esse retorno, essa proximidade da avaliação do usuário sobre o serviço era uma coisa muito próxima, dava um retorno muito bom pra gente. (SGP)

Encontra-se nos discursos dos conselheiros, a identificação dos problemas existentes, assim como dos equipamentos de saúde disponíveis. Percebe-se também nesses depoimentos, referências elogiosas ao sistema local. Outro tema presente é a indicação da participação como uma das soluções dos problemas locais.

Nós temos aqui em Itapecerica da Serra, com certeza, uma fatia da população bastante esclarecida e politizada, consciente, madura, sabendo de fatos dos acontecimentos. Nós temos hoje, uma rede de saúde, o equipamento nosso de saúde é bom. Nós temos um hospital que é referência a nível municipal, estadual e também referência para o Brasil. Nós temos um hospital maternidade que ta atendendo com bastante qualidade, bastante aproveitamento, dois Prontos Socorros, nós temos oito Unidades Básicas de Saúde e também uma Unidade de Saúde da Família. Nós estamos nesse momento do Conselho, da discussão, falando e discutindo sobre humanização dos serviços. Isso é uma discussão constante pra você melhorar essa questão do atendimento, principalmente com o atendimento humanizado. (SU)

Olha, não é porque eu trabalho na saúde, mas eu acho que a nossa saúde aqui em Itapecerica está muito boa. Tem reclamações? Tem. Porque você não consegue abranger tudo. É muito grande, a população cresce muito, mas eu acredito que nós damos conta se não digamos tudo,

chegamos perto, noventa e cinco por cento, já é o bastante. Então eu acho muito bom, a nossa saúde é boa, viu? Porque a gente trabalha com vontade mesmo. Eu tenho orgulho de fazer parte da saúde. (ST)

E aqui em Itapecerica da Serra eu acho que o SUS ta caminhando nesse sentido. A gente teve, assim, as secretárias muito envolvidas, todo o pessoal da saúde muito envolvido no sentido de estar fazendo o SUS funcionar (....) Porque ele ta correto? Não, não ta. Ele ta bom? Não, não ta. Não ta mesmo e a gente sabe disso, a gente tem essa consciência que o SUS tem muito ainda que apresentar pra população, diria assim, no Brasil todo, né? Então, a gente também, enquanto munícipe, tem que aprender a valorizar o SUS. Porque eu acho que só a gente usando dos direitos que a gente tem no SUS, enquanto provedor da nossa saúde, é que a gente vai conseguindo fazer o SUS crescer. Porque a gente tem que fazer uso para que ele, como cuidador, zelador da nossa saúde, ele também consiga se implantar verdadeiramente. Porque se eu uso, ta me faltando isso, eu vou brigar porque eu quero aquilo ali. Vai ser um caminhar do SUS crescendo junto com a população, que a população sabendo do que ela pode e do que ela poderá ter, ela vai à luta. E aí a gente consegue por o SUS no patamar que a gente deseja que ele seja. (SU)

Apesar dessa posição mais positiva, há o reconhecimento da necessidade de se melhorar o sistema local de saúde.

Também são feitas críticas mais severas em relação ao sistema de saúde.

Me lembro que na prestação de contas final, final, última, já tinha sido aprovadas as contas aqui, a gente foi fazer uma apresentação na Câmara, prestação pública, e um conselheiro de bairro foi lá e falou assim: porque é que os dados que você apresenta são tão bons e o nosso sentimento é tão ruim, de que falta coisa. (SGP)

Hoje em dia o que que a gente vê? A gente vê que o Pronto Socorro de Itapecerica ta uma desordem (....) Então você tem que planejar, fazer um planejamento daquilo que vai sair (....) O mal planejamento de uma cidade que atrapalha tudo desse jeito. E no fm, quando enche do jeito que faz, o que

> *acontece? Fica um contingente de gente desse jeito, com mal atendimento, sem ter como ser atendido. (SU)*

O fato de essa necessidade não ser registrada nos dados apresentados não significa necessariamente que os dados não sejam fidedignos mas sim que, possivelmente, tenha havido uma omissão dos dados ou que não sejam suficientemente apurados e, portanto, que traduzem o "sentimento ruim" em relação ao sistema. O trecho acima mostra que o conselheiro também reconhece a falta de planejamento como uma dos fatores que influenciam o mal funcionamento dos serviços públicos.

2.1. Relação Unidade de Saúde e Usuários

Essa relação, de acordo com as atas revelou-se bastante tensa ao longo de vários anos. O segmento dos usuários, no geral, assumiu posições acusativas. Esse problema foi, aparentemente, bem encaminhado com a adoção da prática do "humanização".

> *(....)foi discutido o relacionamento UBS e população. Atualmente a população tem se manifestado de forma agressiva. [ ] acredita que ao longo dos anos, os serviços deixaram de funcionar satisfatoriamente, ficando desacreditados e que na mudança da administração a mesma tem apresentado dificuldade em se incorporar às programações pela falta de diálogo anterior. (A)*

> *A conselheira [ ] relatou que os funcionários são estúpidos e que ela não utiliza o serviço de saúde há 2 anos. (A)*

> *Informa que o acolhimento não é uma forma de impedir a consulta médica e nem sempre a pessoa que vai à unidade necessita de uma consulta médica. Os pacientes que têm consultas marcadas não passam pelo acolhimento. A UBS Branca Flor foi a última Unidade a implantar o acolhimento. (A)*

A III Conferência Municipal de Saúde (1998) teve como tema principal a "Satisfação da Clientela nos Serviços de Saúde", por concretizar a

preocupação em desenvolver um sistema de saúde que respondesse aos anseios e necessidades da população, alicerçando em valores éticos o relacionamento dos serviços com os usuários, conforme consta no documento final dessa Conferência.

O tema "Humanização" é retomado na VI Conferência (2004). De forma resumida, os textos base para a discussão nessa Conferência, reporta-se à política de humanização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde desde 1997, que reconhecia a humanização como um conjunto de ações voltadas para o diálogo com o usuário, identificando suas necessidades, encaminhando soluções, bem como valorizando a importância que ele se recupere e recupere a autonomia para conduzir sua vida como cidadão.

Esses textos citam que a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, pois envolve a melhoria do acesso aos serviços de saúde, equacionamento do sistema de referência para especialidades e exames mais complexos, participação efetiva da comunidade, valorização dos profissionais de saúde, consciência crítica do processo saúde-doença, entre outros aspectos.

A implantação dessa política de humanização incluiu a reforma do espaço físico das Unidades de Saúde, capacitações proporcionando aos profissionais uma reflexão sobre a valorização da escuta, objetivo do trabalho em saúde, acolhimento, empatia, como parte do processo de sensibilização da equipe de saúde para o acolher, escutar e resolver.

2.2. Queixas em relação ao atendimento médico

As queixas em relação ao atendimento médico foram uma constante nos primeiros anos de atividades do Conselho, sendo que grande parte dessas queixas referem-se a situações vividas pelo próprio conselheiro,

familiares ou vizinhos. No transcorrer do tempo, parte dessas queixas serão parcialmente substituídas por propostas de implantação de serviços ou reivindicação de contratação de recursos humanos.

> *(....)foi apontado pelos conselheiros que as unidades não tem atendendo os "eventuais" e que os Prontos Socorros não querem atender crianças sob a alegação de que não há pediatras. (A)*

> *A Sra. [ ] informou que a situação no Parque Paraíso é caótica e que o único médico clínico é a Dra. [ ].* (A)

> *A [ ] informou que aguardou das treze às dezessete horas para ser atendida no Pronto Socorro Central (....)acrescentou que nesse período uma criança vomitou e que a limpeza só foi feita no final da tarde. (A)*

> *(....)conselheiro [ ] sugere que Embu Guaçu e Itapecerica da Serra se unam para equacionar o problema [de contratação de médicos], e o conselheiro [ ] concorda já que é primordial que alguns problemas de saúde sejam discutidos regionalmente. (A)*

> *A conselheira [ ] achou que o município não deve ceder a esta aquisição tipo máfia [terceirização] e que deve contrapor-se sob a forma de Consórcio Regional. (A)*

As queixas, no entanto, não deixam de existir, porém deixam de ser o foco da discussão nas reuniões do Conselho. Aparentemente, esse comportamento pode significar um amadurecimento do CMS na busca por melhores condições de saúde para a coletividade local.

2.3. Acesso e modelo de assistência

O Movimento Pró-Hospitais foi um marco na participação social em Itapecerica da Serra. Como já citado anteriormente, esse movimento teve início em 1983 e atuou intensivamente até a inauguração e funcionamento do Hospital Geral de Itapecerica da Serra. Algumas das lideranças populares desse movimento participaram do Conselho Municipal de Saúde desde a sua criação.

> *Reunião extraordinária realizada devido à visita da [ ], assessora do Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de discutir a conclusão do Hospital Regional de Itapecerica da Serra (....)Estiveram presentes à reunião os membros do Conselho Municipal de Saúde (....)e o prefeito [ ]. (A)*

> *(....)até ontem tínhamos nada e hoje temos uma estrutura bastante razoável. Lutamos pelo hospital durante 20 anos. Até 1995 não se dava a luz em Itapecerica da Serra. Para ser bom, o papel do HGIS [Hospital Geral de Itapecerica da Serra] deve ser o de complementar a assistência da rede básica, deve ser um serviço referenciado. A população deve ir primeiro na UBS que, depois, se necessário, encaminha via 192 para o HGIS conforme o caso. (A)*

Sobre o tema do acesso e do modelo de atenção hospitalar, destacou-se a fala de uma entrevistada do segmento usuário:

> *Aí, eu falei das coisa do hospital, falei como é que a gente queria. Porque na pesquisa [participante] a gente fez uma cartilha como é que a gente queria o hospital, o parto, o atendimento, o acolhimento, o tratamento das pessoa, sabe? Tudo na nossa cartilhinha. Não sei se a [pesquisadora] tem. E foi necessário a gente faze a cartilhinha porque todo mundo dizia: é o médico quem sabe, é o médico que sabe de tudo. Eu falava: vocês são um bando de troxa, porque o médico não sabe de tudo (....) Hoje em dia, a gente tem o hospital graças a Deus, graças ao Movimento Popular. Mas tem gente que sai, enfia o filho no carro e vai lá. Lá não é Pronto Socorro. Tem Pronto Socorro na esquina (....) Se não tiver condição do Pronto Socorro suportar ele manda lá pro hospital, porque lá tem mais especialidade do que cá em*

cima. Então lá é pra receber coisas mais crítica, não uma gripe, uma coisa assim. (SU)

A mesma entrevistada fala da importância do Movimento Popular na expansão da rede de assistência.

Eu vejo o hospital servindo tanta gente, né? Eu vejo o Pronto Socorro do Jacira que foi nossa luta, né? Ta ali, servindo todo mundo. (SU)

A conscientização do Conselho sobre as necessidades de equipamento de saúde no município para melhorar o acesso da população a esses serviços foi uma preocupação constante na fala dos gestores entrevistados.

Sempre tinha visita as Unidades. Sempre teve isso, visita ao território, ver os problemas de saúde, sempre teve isso. Fazia parte da... minimamente o Conselho tinha que conhecer a cidade, os problemas de saúde, os serviços de saúde, as condições físicas das Unidades. Então, sempre tinha e sempre teve que conhecer. (SGP)

Então, a gente fez uma explanação pro Conselho do que era o PROESF[8], o que é que o PROESF exigia, quanto vinha de dinheiro, o que que dava pra fazer com esse dinheiro e o outro lado de não entrar no PROESF e o que que segnificava. E o Conselho votou por unanimidade não entrar no PROESF, porque entendeu que era um momento inoportuno. Como é que a gente ia assumir compromisso que ultrapassava nossa gestão? E não concordavam em a gente mudar o sistema de saúde do município. Eles acharam que o sistema tinha que ser aprimorado, não transformado em uma outra coisa. Então eu fiquei muito mais tranqüila de dizer não ao PROESF, por ser uma história referendada por todo uma Conselho. Claro que também levamos pro prefeito, discutimos com o prefeito também o PROESF e o prefeito como sempre nos deu carta branca e falou: vocês decidem o que é melhor nessa questão pro município. O meu parecer é

[8] Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, instituído pelo Ministério da Saúde com financiamento do BIRD, a ser implantado no período de 2002 a 2009, é destinado a municípios com mais de 100 mil habitantes e prevê a conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde para a estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante.

> *que não entre, mas vocês vão discutir com o Conselho e a gente discutiu com o Conselho. E o Conselho Falou: não vamos entrar. Nós queremos o Saúde da Família como expansão de acesso, não como conversão. Eu achei muito bonito porque foi uma reunião longuíssima, longuíssima, pra poder todo mundo tirar todas as dúvidas que tinham e tal. (SGP)*

A IV Conferência Municipal de Saúde teve, como uma de suas resoluções (ver quadro VII), a ampliação do Programa de Saúde da Família, o que parece entrar em conflito com o trecho acima. Porém, o PROESF prevê a conversão do modelo implantado, o que não foi aprovado pelo Conselho.

Cabe citar, resumidamente, o que foi proposto no Plano Plurianual de Saúde de 2001, no qual consta que o modelo assistencial em vigor no município é reflexo de um diagnóstico sócio-epidemiológico e da determinação em se viabilizar o SUS como modelo capaz de fazer frente às necessidades de saúde da coletividade. Para tanto, as ações de saúde são norteadas por estratégias que prevêem:

- a Unidade Básica de Saúde como porta prioritária de entrada no sistema, com áreas de abrangência e população adscrita estabelecida pela busca, limitantes geográficos e de acesso viário;
- a realização de diagnóstico de cada realidade local para definição de problemas e busca de soluções;
- a introdução de práticas alternativas (tai chi chuan, caminhadas, acupuntura, homeopatia e fitoterapia) e estumulo ao auto-cuidado;
- atuação multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde;
- o atendimento médico e de enfermagem nas áreas da saúde da criança, da mulher e do adulto, incluindo-se a assistência domiciliar, principalmente a acamados;
- a ampliação gradativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em todas as Unidades Básicas de Saúde;

- a humanização do serviço e da equipe, incrementando o acolhimento e estendendo a prática acolhedora a todos os setores das Unidades de Saúde, *buscando a satisfação do usuário;*
- a estimulação da participação da comunidade no controle social, através dos Conselhos de Saúde de Unidades e Conselho Municipal de Saúde.

Percebe-se, portanto, que o município traçou, ao longo dos anos, estratégias que procuraram deixar as Unidades Básicas de Saúde mais dinâmicas, com clara preocupação no desenvolvimento de atividades de *prevenção, promoção e recuperação da saúde intra e extra-muros.*

Parece que o problema da acessibilidade aos serviços pode permitir o desenvolvimento de relações clientelistas (favorecimento pessoal) ou assistencialistas entre conselheiros e usuários do sistema de saúde local. Esse padrão de relacionamento é registrado diferentemente, de acordo com o segmento a que pertençam os conselheiros. Para os gestores, os conselheiros exerceriam o clientelismo através de pressões para favorecimento – em termos de *acesso aos serviços – para familiares e* conhecidos.

> *Outra coisa importante é que o conselheiro também acha que como ele é conselheiro ele é dono da unidade, então, ele quer arrumar o tal do horário da comadre dele, ele quer passar o filho dele na frente. Ele disputa com o vereador. O vereador manda cartinha e ele leva pessoalmente. Então, ele é mais eficiente que o vereador. Também tem essa forma de poder que o conselheiro acaba, às vezes, confundindo com o pessoal dele. Levar as pessoas e passar na frente, resolver o problema dos amigos. Essa é uma questão que existe. A gente sempre tinha o hábito de levar essas questões para o Conselho maior. Discutir casos. (SGP)*

> *(....) e ele sempre usava o Conselho pro clientelismo básico, assim: eu tenho o caso de uma amiga minha que não foi atendida, tal. (SGP)*

Já no relato de conselheiros usuários e do segmento dos trabalhadores, essa situação foi encarada como assistencialismo e considerada uma forma legítima de atuação.

A expectativa de um discurso voltado à promoção da cidadania é frustrada pelas expressões recorrentes nos discursos dos conselheiros tanto usuários quanto trabalhadores, como: população é muito carente, precisa de ajuda, promover bazar de caridade.

> *E a nossa população é carente, então ela precisa de ajuda. Eu acho isso, o Conselho, o Conselhão e a saúde junto, nossos superiores, nossos diretores juntos, eu acredito que nós conseguimos fazer alguma coisa boa pra nossa população. (ST)*

> *(....) os agentes de saúde ajudam muito nas reuniões do Conselho, porque tem pessoas que são pessoas necessitadas, mas são aquelas pessoas acamadas e a gente, enquanto conselheiro, enquanto munícipe, a gente pode ajudar. Então, a gente faz bazar de caridade, né? A gente tem na nossa Unidade Básica de Saúde nós costumamos fazer (....) tem a Dra. [nome] que ela faz enxovalzinho pra gestante, que tem a reunião das gestantes com o pessoal da odonto. Então é feito ali o canguru[9], né, o canguru bebe e da mamãe gestante e a gente procura sempre ajudar nesse sentido, né, angariando roupinhas, é...sempre tem aquelas coisas que a gente se envolve não só na saúde, mas no social. (SU)*

Essa relação de benemerência com a população e do uso do "poder" que lhes foi conferido quando eleitos conselheiros é concretizada pela própria situação de pobreza e de dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

O que o texto abaixo explicita, o que foi mencionado em "off" e pelos os entrevistados do segmento usuário.

---

[9] Ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde que envolve atividades de pré-natal e a odontologia.

> *um conselheiro municipal foi candidato a vereador e ele escreveu no papel dele um monte de coisas que ele fez. Ele participou como conselheiro, mas não ele fez. O restante do Conselho ficou ofendidíssimo e chamaram ele pra tomar satisfação. Como é que ele falava isso, se era uma coisa que era do Conselho. (SGP)*

Pode-se observar em uma das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, houve uma discussão sobre o comportamento de um conselheiro que, valendo-se da sua condição, adentrou o Hospital Geral de Itapecerica da Serra para visitar a um conhecido fora do horário estipulado para essa atividade. Pelas críticas feitas, notou-se que essa prática é condenada pelos conselheiros. Por outro lado, no discurso do gestor, o clientelismo é uma prática bastante corriqueira, principalmente quando se trata de facilitar o acesso aos serviços de saúde.

2.4. A rede física de assistência à saúde

Em todo o período analisado há sempre referências a reformas, construção ou implantação de uma nova Unidade de Saúde, revelando-se uma preocupação constante com a rede física de assistência existente no município.

> *[ ] informou que foi alugado um novo prédio para a UBS Parque Paraíso. (A)*

> *A reunião foi iniciada com a colocação do projeto de construção da Unidade Básica de Saúde do Jardim Jacira após aprovação do Conselho. (A)*

Além da presença constante nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, esse tema também esteve presente em todas as Conferências, com exceção da Terceira. Ao longo do trabalho, percebeu-se que as resoluções das Conferências Municipais de Saúde foram paulatinamente executadas.

O quadro IV apresenta as resoluções das Conferências Municipais de Saúde referentes à ampliação e reforma da rede física da saúde (não serão consideradas as propostas da VI Conferência que aconteceu em setembro de 2004):

QUADRO IV – Resoluções das Conferências Municipais de Saúde realizadas e não realizadas. 1994 a 2002.

Conferência	Resolução	Efetivação
I e II	Assegurar a abertura da Maternidade Municipal	Sim
I e II	Descentralizar o atendimento através da criação das unidades: Jd.Marilú, Jd.das Oliveiras, Jd. Montesano, Mombaça, Itaquaciara e Pedreira/ Idemori	Parcial – Implantada a UBS Mombaça
I e II	Viabilizar a implantação de consultórios Médicos da Família em bairros distantes das Unidades	Não
I e II	Assegurar a reforma da Unidade do Jd. Jacira	Sim
I e II	Criação de Clínica Modular Odontológica móvel	Sim
IV[10]	Ampliar o Programa de Saúde da Família	Não
IV	Criação UBS no Jd. das Oliveiras	Não
IV	Ampliar a UBS São Pedro	Sim
IV	Reforma e ampliação da UBS Branca Flor	Sim
IV	Criação do Centro de Especialidades Municipal	Sim
IV	Criação de Hospital Dia e Centro de Convivência Saúde Mental	Não
IV	Criação do Centro de Referência para alcoólatras, drogados e outros	Não
IV	Criação do Centro de Fisioterapia	Não
IV	Separar fisicamente a UBS do PS do Jd. Jacira	Não
IV	Ampliação de leitos da Maternidade Municipal	Sim
IV	*Criação do Centro de Zoonoses*	*Sim*
V	Ampliação da Unidade de Saúde Parque Paraíso	Sim
V	Implantação do Programa Saúde da Família	Parcial.
V	Ampliação da UBS São Pedro	Sim
V	Ampliação da USF Potuverá	Sim
V	Reforma e ampliação da UBS Salvador de Leone	Sim
V	Reforma do Pronto Socorro Central	Sim

Fonte: Resoluções das Conferências Municipais de Saúde de Itapecerica da Serra. Arquivo da Secretaria Municipal de Saúde.

[10] A partir da IV Conferência, o que anteriormente constava como resoluções referentes à estrutura física do sistema municipal passam a ser sugestões para discussão no Orçamento Participativo.

Em termos da relação população/gestores e da própria participação social, esse processo de constituição de uma rede física revela-se bastante positivo.

3- Formas de organização

O tema "formas de participação" corresponde a 33% dos 268 trechos selecionados, com assuntos ligados a propostas, deliberações, mobilização.

À primeira vista, o que deve ser destacado é o fato de que parte considerável dessas propostas foram elaboradas pelos gestores. Além disso, uma vez colocadas as propostas não se percebeu seu desenvolvimento. Sobre a participação no CMS, segue-se a opinião de um gestor:

> *Não dá pra achar que a participação vai ser além do participante. Ela não é além do participante, ela é do tamanho do participante e num espaço de um grau de complexidade, de uma quantidade infinita de regras, normas e siglas e coisas (....) Ela [a saúde] está organizada para não haver participação. Culturalmente, organizacionalmente, politicamente, ela não está organizada pra que a participação ocorra de forma lisa. É o grande esforço de quem acredita nisso criar pequenos espaços, em pequenas questões, onde a participação de fato existe. Então é uma coisa muito pontual (....) E não acho porque o povo é isso, porque o administrador é aquilo. É uma questão histórica, cultural, estrutural (....) As pessoas, elas funcionam nos espaços de representação e... muito de forma como a política está posta. (SGP)*

Esse depoimento foi destacado porque sintetiza as condições da participação social em Itapecerica da Serra.

3.1. E tudo começou assim...

Com a redemocratização do país no início dos anos de 1980, como citado anteriormente, houve intensa atividade reivindicatória em torno de direitos sociais e o município de Itapecerica da Serra não se furtou ao momento histórico, sendo palco de atuação do Movimento da Saúde e do Movimento Pró-Hospitais que reivindicavam melhores condições de acesso aos serviços de saúde.

A história da implantação do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra se confunde, em determinada época, com a história do Movimento Popular da Saúde. Desse mesmo movimento originou-se o Movimento Pró-Hospitais.

> *Depois eu falei assim: vamo registrar o Movimento Popular. Não. Aí, depois eu falei assim: se nóis não registrar o Movimento Popular ele vai morrer. E aí o que que a gente fez? A gente continuou. Um dia me sentei junto com um vereador que era do PT em Itapecerica e falei: o que a gente precisa fazer é formar um Conselho. Porque eu via o Conselho da Igreja, a decisão que a gente tinha que tomar dentro da Igreja, né? Eu falei: na saúde e em outras repartição, a gente tem que ter um Conselho pra gente decidir o que que a gente vai fazer (....) aí depois achou uma brecha que a população, num jornal, a população tinha direito da participação no Conselho Municipal de Saúde. Itapecerica não tinha Conselho Municipal de Saúde... aí o [ ] fez o projeto (....) A primeira vez foi feito um veto que é o prefeito que ta aí agora, o canalha do [ ], né? A segunda vez a gente foi pra lá, a gente teve que se ajoelhar nos pés dos vereador. Então, aí, a gente tomou essa decisão e aí, graças a Deus foi aprovado. (SU)*

Vê-se que houve algum grau de dificuldade para implantação do CMS em Itapecerica da Serra, ainda que a lei de criação seja de 1991, ou seja, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde.

Em uma primeira leitura das atas, percebeu-se essa dificuldade . A primeira ata de posse do CMS (fevereiro de 1992), consta a seguinte transcrição referente à fala do gestor:

> *(....)colocou aos presentes que a formação do Conselho iniciou-se desde o ano passado. Colocou ainda a necessidade de marcar o mais rapidamente a próxima reunião para aprovação do Plano Diretor de 1992. Colocou as dificuldades que enfrentarão. A próxima reunião deverá ser marcada e avisados os membros. Colocou ainda que o Conselho não tem conotação política e sim meramente administrativa para o desempenho melhor e efetivo das obras. (A)*

O CMS começa a se reunir regularmente a partir de março de 1993, sob nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

> *[ ] e [ ] alegam necessidade de discussão com os movimentos, conscientizando-os do papel do Conselho. (A)*

Pode-se inferir que a institucionalização do Conselho, como apontado por vários autores, não significou a ampliação de espaço de atuação do Movimento da Saúde. A militância dos atores que participavam do movimento e que passaram, concomitantemente, a atuar no CMS não se traduziu, em um primeiro momento, em um avanço nas formas de organização da população no setor saúde. Posteriormente, há grande mudança nesse panorama, como se verá ao longo do trabalho.

3.2. A percepção do conselheiro em relação ao CMS

Durante o período estudado, o Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra sofreu grandes transformações. O primeiro Conselho é empossado em janeiro de 1992. Porém, o CMS começou suas atividades em março de 1993. Posteriormente, o segmento usuário foi eleito na I Conferência Municipal de Saúde (1994) para, um ano mais tarde, haver uma

reformulação do Regimento Interno e passar-se a uma nova configuração na forma de eleição. Nesse período foram criados os Conselhos de Unidade de Saúde de onde saíram 50% dos conselheiros para o Conselho Municipal de Saúde. A forma como se organizam as eleições para os Conselhos de Unidades de Saúde deu uma nova dimensão ao CMS.

A importância do papel do Conselho Municipal de Saúde está presente tanto nas atas quanto no discurso dos entrevistados.

> *(....) o papel do Conselho Municipal, então era discutir as questões da política de saúde, propor diretrizes políticas. (SGP)*

> *O sr. [ ] ainda diz que além do Conselho participar das discussões, tenha poder de decisão quanto às atividades da Secretaria Municipal de Saúde como onde aplicar os recursos (....) O sr. [ ] insiste que o Conselho não representa a comunidade (....)a Dra. [ ] explica que o Conselho é deliberativo e tem representantes eleitos pela população e segmentos da sociedade. (A)*

> *Olha, a gente tem duas etapas, né? Tem a saúde antes do Conselho e a saúde após o Conselho. Eu acho assim, que com a criação do Conselho a população ganhou com isso. Porque agora somos nós, os conselheiros, que trazemos os problemas. Nós ajudamos nesse sentido. A Secretaria, ela tem muita coisa pra fazer e, às vezes, tem um detalhezinho que nós, enquanto moradores de bairros mais distantes, nós estamos ali no dia-a-dia e a gente pode estar trazendo essas reivindicações. Então, eu acho que o Conselho foi muito bom também nesse sentido, da gente ta podendo colaborar, né, dando a nossa colaboração, nesse sentido de ajudar (....) Eu me sinto assim realizada como conselheira. (SU)*

> *(....) o SUS é uma igualdade, uma coisa democrática, tudo...ter igualdade, integralidade...e o povo é o homem em si. Então, eu acho que ajuda muito e traz muita vantagem o Conselho. Um só não. Não mesmo! Mas o Conselho todo, ele tem muita força pra fazer crescer o município. (ST)*

> *O Conselho Municipal, ele representa uma força significativa dentro da sociedade (....) Porque nós tivemos pessoas no*

> *Movimento Social desde a construção do nosso Hospital Geral, em vários Movimentos Populares, com várias ações. E o Conselho, lógico, como não poderia ser diferente, sempre esteve presente junto das ações coletivas e também das ações populares pra que a gente conquistasse. Nós temos conquistas sim, mas o mérito, geralmente dessas conquistas, é um mérito da participação de todos. (SGT)*

Essa percepção sobre o CMS traz o discurso das necessidades e das ações coletivas e a importância da incorporação da representatividade dos Conselhos de Unidades de Saúde no Conselho como interlocutores dessas necessidades, bem como participantes da busca de soluções e de conquistas, ainda que isso seja referenciado como "colaboração" ou "ajuda".

Os discursos apresentados deixam transparecer que há uma consciência em torno do papel do CMS, principalmente por parte do gestor. Pode-se dizer, ainda, que as conquistas obtidas corroboram para que o CMS seja percebido como o potencializador dessas vitórias.

3.3. Por que participar?

Nas entrevistas, foi perguntado aos conselheiros porque participam ou participaram do CMS. Três explicações sempre estiveram presentes nas respostas do segmento dos usuários: um problema de saúde que acometeu familiares ou o convite ou pelo envolvimento anterior com o Movimento Popular da Saúde.

> *(....) e já trabalhava de maneira voluntária no bairro, quando fui convidado pela diretora, na ocasião a Dra. [nome], pra vir concorrer, a participar das eleições para o Conselho Local, o Conselho de Unidade daquela região. E foi assim que eu vim a participar da eleição e acabei eleito para ser um dos conselheiros daquela Unidade (....) Então, eu tive exemplos na minha família. Eu sofri a perda do meu pai, que foi vitima de atropelamento, a minha mãe teve alguns indicadores de negligência no atendimento e também veio a falecer e isso fez com que eu me sensibilizasse com a causa da saúde*

publica e de certa forma passasse a conhecer e a me integrar mais. (SU)

Eu...eu vivia no meu cantinho. Eu tive uma amiga, eu digo tive porque ela já ta no andar de cima, né? E essa amiga falou assim: olha, você ta muito parada, eu to sentindo que *você não é de ficar parada, então vem comigo, vamos andar. Aí, eu comecei a me envolver junto com ela na Associação de Bairro, né? Foi no intuito, assim, realmente, da minha amiga me tirar daquele marasmo que eu vivia na minha casa, só dona de casa, né, só cuidando da casa. (SU)*

Depois que a gente chegou aqui (....) inventaram o Clube de Mães (....) depois veio o SOF (....) que é uma entidade que antigamente eles dava apoio a pequenas comunidade, Clube de Mães, o Movimento Popular (....) eles deram a vara e nóis joguemo a isca e peguemo o peixe, entendeu? Quando criaram o Conselho Municipal a primeira cara que puseram foi a minha (....) E aí, a gente ficou trabalhando e coisa e tal. *(SU)*

O segmento dos trabalhadores trouxe um discurso diferente:

E no começo eu me candidatei meio que por brincadeira, mas na primeira vez eu fui suplente e a minha titular era uma doutora que tinha sempre a agenda cheia. Então ela falava: vai você me representar e eu ia. E aí fui aprendendo, fui pegando gosto. (ST)

Um dos gestores entrevistados fala do comportamento dos funcionários frente à eleição para o CMS.

Têm funcionários que começaram no Conselho até achando que era uma obrigação, meio que assim empurrado, né? Que jeito fui candidato forçado e que hoje se batem pela questão do Conselho continuar existindo, discutem a continuidade desse Conselho. (SGP)

O discurso de um entrevistado do segmento dos trabalhadores reforça a idéia anterior.

Eu pretendo de qualquer jeito continuar participando. Eu nasci, casei, criei meus filhos aqui, nasceram meus netos, então isso faz parte da gente. Então, tudo que você vê de bom crescendo é bom. (ST)

O discurso sobre a participação no CMS trouxe motivações diferentes e por vezes contraditórias, seja de realização pessoal, seja de conquistas:

Agora a minha expectativa, se eu to entendendo, é crescer mais, é ter mais, é ir pra frente com coisas boas. É conseguir mais ganhos, de fortalecer o nosso Conselho. O nosso Conselho, que a gente chama de Conselhão, porque a gente é uma família. E é muito bom. (ST)

Eu to procurando uma remissão de amanhã ou depois uma história, algum progresso que meus filho diga assim: foi a minha mãe que fundou, foi a minha mãe que fez, foi a minha que ajudou, entendeu? (....) hoje, eu me orgulho disso daí. De vê uma pessoa analfabeta corre mundo desse jeito e a gente vê tanta gente que sabe ler e não tem coragem de faze isso. Eu nunca fiz isso pra me exibir. Eu fazia isso porque muitas coisa eu admiti porque nóis tava num grupo. Então são essas coisa, mas eu me sinto vitoriosa. Essa EMEI que ta aí foi nossa luta também (....) Eu me sentia muito bem quando ouvia uma pessoa dizer: ô dona [nome], eu fui bem atendido em tal parte, porque aí eu sabia que lá tava funcionando. (SU)

A minha expectativa era que eu me tornasse de fato, como pessoa, eu busquei um engrandecimento pessoal a nível de conhecimento, de saberes (....) E naquele momento eu buscava uma melhoria e eu consegui algumas melhorias naquela minha região aonde eu estava representando. E daí, naquele momento, nós conseguimos, assim, só exemplificando, nós conseguimos melhorar a área de atenção básica da nossa unidade, nós conseguimos desenvolver campanhas significativas dentro do bairro, campanhas de conscientização, de orientação para pessoas, sobre a doença que afligia naquele momento, que era a leptospirose e também campanhas de orientação e conscientização sobre a dengue. (SU)

A participação no CMS também pode influir ou ser influenciada por expectativas em relação ao processo político-eleitoral do município.

As pessoas eleitas para os Conselhos de Unidades de Saúde ou para o CMS têm características de liderança. Por motivação pessoal ou por assédio de partidos políticos acabam se envolvendo em processos político-eleitorais. Ao longo da pesquisa percebeu-se um aspecto problemático dos Conselhos que é, eventualmente, transformarem-se em espaço de proselitismo partidário.

Duas conselheiras foram eleitas vereadoras em Itapecerica da Serra. A primeira (1996) era conselheira representante da administração e a segunda (2000), uma das líderes do Movimento Popular da Saúde.

Os gestores entrevistados expressaram as seguintes opiniões sobre o assunto:

> *Mas, assim, ver algumas pessoas crescerem, algumas não me emocionam tanto porque elas já tinham uma trajetória na saúde muito grande, né. Então você já espera daquela pessoa que ela faça isso ou mais até. Outras até decepcionam porque é um oportunismo básico, porque vai utilizando aquele espaço de forma oportunista. (SGP)*

> *Só que na campanha [2004 para prefeito e vereadores] ela [saúde] foi erguida a uma condição de vedete, né. Então eu acho que teve uma midiatização (....) se colocou na mídia a questão da saúde e as pessoas pegaram o embalo. Eu acho que aprenderam uma dura lição porque saíram do conselho nesse período. Teve conselho que gente tinha que fazer eleição porque não tinha mais nem titular nem suplente para ser conselheiro. Pelos três meses, pra depois as pessoas voltarem e acabaram não se elegendo. Nenhum conselheiro. Eu acho que a maioria entrou pro Conselho pensando em um trampolim político. Já entrou. E pagaram um preço por isso. Então eu acho que a politização do conselho de forma partidária não foi benéfica pro conselho. Os próprios conselheiros, pós-eleição, avaliaram isso. Assim, foi um desgaste muito grande. E acho que é legítimo: as pessoas*

têm o direito legítimo de sair candidato, né, pelo partido que quiser, da forma que quiser, mas que foi um momento que fragilizou o conselho. (SGP)

Então, entrou muita gente nova e muita gente que que ou achava que era um bom lugar pra voce dificultar as ações da administração ou achava que seria um bom trampolim político, né. (SGP)

Outros entrevistados se manifestaram também sobre o assunto quando indagados se gostariam de se candidatar ao cargo de vereador(a):

Não. Porque eu fui assim, insistentemente, quase assim, colocada na parede para que na eleição passada eu saísse candidata a vereadora. Aí, eu falei pro presidente do partido em que eu era filiada que eu não sou vereadora, eu sou conselheira de saúde e que eu sou uma pessoa que eu gosto de falar o que eu sinto e eu acho que eu, enquanto vereadora, vou ter que estar agindo conforme o partido quer e eu não sou pessoa assim não. Eu sou pessoa de falar o que eu penso, arregaçar as mangas e vou aqui e ali. Então, eu costumo dizer que nem meu marido me prende, então, eu não consigo. Não é o que eu gostaria. Não tenho essa pretensão. (SU)

Não. Não sei se eu tenho essa vontade, já que tudo depende do momento, da hora ali que vai se resolver. Por enquanto não. Por enquanto a minha batalha é isso. Porque eu acho que o futuro a Deus pertence. (ST)

Bem, eu saí candidato a vereador de uma maneira lúcida, clara, representando um segmento, né, que era o segmento da saúde. Porque dentro da minha atuação no Conselho eu tinha construído dados, informações que seriam capazes da criação de projetos de lei que contemplassem o interesse da população. Porém, a dificuldade pra mim, eu fui bastante consciente disso, a dificuldade que eu tive de emplacar essas minhas informações foi no que tange no respeito financeiro. Porque você precisa de fato de investimento pra plantar tua idéia, a tua plataforma. (SU)

Se eu pretendo? Eu vejo tudo isso como uma conseqüência natural e eu vou sempre respeitar. Se isso vier e se aquele momento eu for a pessoa, eu sempre vou respeitar a

> *discussão do meu partido, daquele momento que nós estivermos apresentando. Mas, você ser candidato a um cargo público hoje é uma atitude de coragem, de determinação, porque você está sempre se expondo, você passa a ser uma pessoa pública e você é muito cobrado. (SU)*

Uma das entrevistadas do segmento usuário foi eleita vereadora (2000 a 2004) e relata sua experiência:

> Queriam que naquele tempo *[1988] eu saísse candidata a vereador, eu falei que não queria, que não era hora de eu sair candidata a nada, que eu tava naquele Movimento, não queria caracterizar meu trabalho como quem quer aproveitar do povo. Eu nunca quis e nem quero. E aí eu não saí ... E aí, quando foi no outro ano, vamo dona [nome], vamo dona [nome]. Eu falei: eu posso ir por laranja pra ver se alguém do PT ganha. Fui e perdi (....) que eu nem fiz campanha nem nada. Fiquei só como laranja mesmo, só meu nome rolando no mundo, mas eu nunca cheguei em ninguém pra dizer: vota em mim. Eu tinha vergonha de pedir voto pro povo. Eu toda vida corri atrás pra dar pros outro e agora vai pedir, né? E depois, quando foi há quatro anos atrás, vamo dona [nome], vamo dona [nome]. Eu falei: gente, eu não vou. Uma que eu não tenho leitura. Saber das coisas eu sei, mas eu vou pra ali, eu não sei ler, todo mundo vilão ali. Não, dona [nome], a senhora vai que não sei o quê. Eu falei: posso ir como laranja (....) Quando foi vê ganhei (....) quando eu fui assumir o mandato lá na Câmara eu pensei: o que que eu vou fazer no meio de tanta cobra. Que era tudo cobra. E aí, eu entrei fui só durante dois ano só observando, observando, observando. Muitas propostas absurda que chegava pra mim, entendeu? (....) Eu nunca estudei numa escola de professor de não sei o quê. Estudei na escola de Deus, que foi a igreja, sabendo que a gente não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, sabe? Que tudo que a gente fizer que não é de acordo ou tirar da boca de outro ou da mão de outro ou deixa nu (....) E com isso foi o que eu pratiquei todos esses quatro ano dentro daquela Câmara. Porque proposta indecente vinha pra mim! Hoje eu me sinto livre como um passarinho solto, assim, sabe? Que não to devendo nada pra ninguém, que não to comenda às custa de ninguém, não to tirando bocado da boca de ninguém. Então são coisas absurda que você entra num campo que vai brigar por uma coisa e descobre e você vê que é um mundo de sujeira, de imundice, que a limpeza é pouca que existe. (SU)*

Apesar do relato negativo da experiência vivida, a mesma conselheira voltou a se candidatar ao cargo de vereadora em 2004, porém não foi eleita. No mesmo ano, houve um grande número de conselheiros candidatos a vereador, sendo que nenhum deles conseguiu se eleger.

Esse fracasso nas urnas pode ser uma mostra do partidarismo existente dentro do Conselho, pois parece que não havia a discussão da necessidade de se ter um representante comprometido com a área da saúde no legislativo, mas sim a intenção particular de cada partido político em ter cadeiras na Câmara Municipal, haja vista que cada conselheiro foi candidato por um partido político diferente.

3.4. Presença de observadores nas reuniões do Conselho

É constante a presença de observadores nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, em especial, de conselheiros representantes do segmento dos usuários nos Conselhos de Unidade, de representantes de Sociedade Amigos de Bairro, do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, representantes de sindicato que tem sua base no município. As duas últimas entidades, terão assento quando da reformulação da lei de criação do Conselho Municipal.

> *As primeiras reuniões do Conselho eleito eu não conseguia fazer na sala de reunião do Conselho. Tinha que fazer no auditório porque tinha mais de 50 pessoas (....) eu nunca saí publicando também, reunião próximo dia tal, mas isso foi estipulado desde o início que toda segunda quinta-feira do mês, às 9 horas da manhã é reunião do Conselho. Quem entrar, quem vier é bem vindo. A reunião sempre teve convidados, convidados não, pessoas que se convidavam e entravam, né? Então, sempre teve pelo menos três pessoas não conselheiros que sempre vieram nas reuniões, com direito a voz, sem direito a voto, né, mas que procuravam nessas reuniões garantir suas posições pela fala. Então era*

> *muito interessante (....) Hoje, a gente tem mantido uma rotina de ligar pra eles na véspera de reunião, mesmo já tendo uma reunião planejada antecipadamente. A gente liga sempre na véspera lembrando. (SGP)*

O mesmo entrevistado expõe sua visão sobre a participação de grande número de pessoas ligando o fato a questões partidárias.

> *(....) muita gente que era do antigo Conselho com medo do novo Conselho, achando que a gente ia se dar mal nesse novo Conselho porque tinha muita gente do PT, muita gente do não sei o quê. Eu falei: olha, a gente não tem que ter medo. A gente tem que conviver com as diferenças porque a sociedade é isso. São as diferenças. Então, a gente vai ter que fazer o quê? O que a gente tem discursado a vida toda que a saúde é uma questão supra-partidária, que a saúde é uma questão de sobrevivência humana e que interessa a todas as pessoas independente da cor política que ela tenha, né. E começamos discutir isso com as pessoas e tentar dar uma freada no afã partidário. E eu acho que a gente foi bem sucedido, porque depois da terceira reunião só vinha o Conselho, né. Como as pessoas viram que a gente não entrava no jogo de aceitar provocações, de não discutir e não fechamos a porta nunca.(SGP)*

No período analisado não há outro momento semelhante. As atas registram a participação, desde o início e principalmente, de conselheiros dos Conselhos das Unidades e de pessoas ligadas ao Movimento Pró-Hospitais em todas as reuniões.

3.5. Características da participação

Procuramos durante esta pesquisa, identificar como se dá a participação dos conselheiros. Tem-se como desejável, que o Conselho Municipal de Saúde seja capaz de participar de decisões, da formulação de políticas e da priorização de ações de saúde que visem a melhoria da saúde da população. Essas características atribuídas à forma de atuação no CMS são fundamentais para o exercício da participação social.

Percebe-se pelo teor das atas que o Conselho Municipal de Saúde participou ativamente até 1998, em conjunto com o Movimento Pró-Hospitais, de ações que visavam a conquista de um hospital na região.

> *Os conselheiros [ ] e [ ] informam que em [data] contataram os líderes dos partidos na Assembléia Legislativa, entregando o histórico da luta Pró-Hospitais Regionais. Os contatos foram realizados junto ao PC do B, PT e PSDB. Esclarecem que a lei de Diretrizes Orçamentárias consta verba para custeio da saúde, mas não de investimento (....)houve o compromisso de duas emendas visando recursos aos dois hospitais. (A)*
>
> *Informações sobre a visita aérea do Exmo. Sr. Governador do Estado sobre as obras do Hospital Regional de Itapecerica da Serra, sendo que na ocasião o Conselho Municipal e a Secretaria Municipal da Saúde mobilizaram lideres comunitários já que existia a possibilidade de pouso na área, o que não se concretizou. (A)*
>
> *[ ] informou sobre a visita dos representantes dos Conselhos de Saúde dos municípios da região ao Secretário de Estado da Saúde que não se mostrou favorável à idéia de acrescentar tantos componentes, ou seja, dois de cada município para acompanhar o Hospital. (A)*

Nas entrevistas foi perguntado aos conselheiros como era a participação deles no Conselho. As respostas vão ao encontro do que se observa nas reuniões do Conselho: pouca participação do segmento dos trabalhadores, a importância dos Conselhos de Unidade de Saúde enquanto fórum de discussão que liga o Conselho Municipal de Saúde à Unidade de Saúde, a visão da participação apegada a dispositivos legais, o assistencialismo. Também está presente nos discursos, a importância dada à prática cotidiana que os gestores desenvolveram em termos de qualificação da participação, quando desencadearam determinadas atividades que envolveram os conselheiros.

Eu presto atenção nos assuntos e depois eu dou a minha opinião. Porque eu acho assim, que não é você ta falando qualquer coisa, você tem que prestar muita atenção pra ver o que você vai falar, porque o que você falar você tem que assumir ali, né? E ver se aquilo vai ajudar o seu Conselho a crescer a fazer alguma coisa, então eu dou a minha opinião. Se é válida ou não, eu torço pra que seja. Mas eu penso muito antes de falar qualquer coisa. Eu fico mais prestando atenção. (ST)

Eu acho que esse convívio com o usuário principalmente, porque o usuário tem tido uma participação muito mais intensa, muito mais efetiva que os outros segmentos. Quando você pega o segmento do prestador é mais momo, mais xoxo, e quando você pega o usuário, o usuário que vem da base, do Conselho de Unidade, ele é muito mais valoroso e batalhador e brigador do que os outros componentes desse segmento, assim, de ONG. Então, o que vem da base de usuário de UBS, que no nosso processo aqui, o usuário de UBS é eleito pelo voto direto no bairro dele, né. Então são pessoas mais contestadoras, que criticam mais (....) Então a gente tem conselheiros que têm uma participação brilhante em Encontros Regionais, Conferência Estadual, Conferência Nacional, em Fórum de discussão do Instituto da Saúde. (SGP)

E cada Conselho de Unidade Básica de Saúde elegia, de alguma forma, fazia um diagnóstico com as pessoas chaves e era uma tarefa do Conselho fazer isso... Qual o problema do seu lugar? Então, cada região de um Conselho de Unidade Básica elegia uma questão prioritária, que era a principal tarefa do Conselho ... ele era um nucleador, um desencadeador dessa luta contra o problema que eles consideravam maior e eles tinham outras tarefas que eram as tarefas específicas do Conselho, mais ligados à saúde sensu strictu. Então era esse o papel dos Conselhos das Unidades Básicas. (SGP)

Primeira briga nossa aqui foi por causa da verminose. Água na rua, esgoto solto e não sei o quê. Tinha tanta criança agitada e o Posto de Saúde que tinha, o nosso postinho era muito pequenininho e não dava suporte pra todo mundo. Eu faço assim: Ah! Sim... Na hora. Aí fico com ela na cabeça, assuntando, futucando ali pra ver o que que eu vou falar por aquilo ali até eu achar a palavra chave pra fala por aquilo ali e dize não pra o que eles qué faze. Quando era uma coisa de dize sim, eu dizia sim, quando era pra dize não, não. Doa a

quem doer. Não, não, não dá (....) Se não tiver o Movimento, sem os conselheiro ter pulso forte... os conselheiro é uma coisa muito valiosa. Deles saber o que que ta acontecendo, não assinar coisa errada, coisa que vê que é demais. Eu acho que é isso que tem que fazer. É ver a população lá, a sua população primeiro, pra poder ver o outro lado. (SU)

(....) a minha participação é ativa, considerando a seriedade com que eu trato essa questão do controle social. De estar realmente representando o segmento o qual eu represento, que é o usuário. Então, a minha participação, eu considero ela às vezes até polêmica, porque é difícil se fazer entender quando você está diante do poder publico e diante do usuário. Então, você tem duas opções: ou você vai de encontro a essa situação, você estuda e discute a questão ou você simplesmente deixa essa questão para um segundo plano. E ficou provado que na maioria das vezes que você deixa para um segundo plano, você está perdendo em... mas eu nunca me manifesto sem que eu tenha antes estudado a matéria em questão, vistado alguma lei que está prevista na Constituição. Então, eu tenho estudado bastante, me dedicado, me debruçado bastante ao que a legislação oferece. A gente costuma dizer que o SUS é uma lei de primeiro mundo, e é de fato pra um país que não está habituado à execução das leis. Então o SUS, a lei do SUS foi elogiada inclusive em países europeus, porém no Brasil, a gente sabe das dificuldades de se implantar de fato e concretizar essa lei. É muito dificultoso até pela deturpação da informação que chega para os usuários. (SU)

E minha participação é como pessoa comum mesmo, procurando dar até a minha colaboração (....) Quando eu entro pra fazer uma coisa, eu quero que aquilo seja bem feito. Então, eu acho assim, eu me vejo assim no Conselho como uma colaboradora mesmo e procurando ajudar em tudo, assim, que é possível e que necessite de mim enquanto munícipe pra que a saúde da minha cidade e dos nossos vizinhos funcione, né? Então, é por aí. (SU)

Em uma das entrevistas, pode-se identificar a "profissionalização" do conselheiro ou pode-se também pensar no quanto é importante para o indivíduo pertencer formalmente ao Conselho.

> *No início você encontrava a mesma pessoa no conselho de educação, no conselho de ação social, no conselho de saúde. Hoje, você já não tem. Hoje, por exemplo, você tem conselheiro que ta na educação e não ta na saúde e que fala pra mim: Na próxima eleição da saúde eu vou concorrer porque eu vou agora encerrar minha participação na educação e vou voltar pra saúde. E tem gente que não vai mais poder ser da saúde e fala: eu vou concorrer no conselho da educação. Mas tão trazendo gente nova. Tem gente que nunca tinha sido conselheiro de nada e que ta vindo como convidado, conhecendo o que é o conselho pra já sair candidato na próxima. (SGP)*

Essa "profissionalização" também é explicitada na fala dos usuários entrevistados quando solicitados a falarem se pretendem continuar participando do Conselho Municipal de Saúde. O segmento dos trabalhadores ressalta a importância do conhecimento e acumulo de experiência como qualidades para uma melhor representação no Conselho.

.

> *Eu tenho planos sim. Hoje mesmo eu tava discutindo, conversando com alguns colegas, alguns conselheiros. Nós já estamos discutindo a possibilidade do nosso grupo freqüentar as reuniões do Conselho Estadual de Saúde. Nós ainda não sabemos os meios, as datas das reuniões ordinárias, mas estamos querendo entrar no Conselho, objetivamos entrar no Conselho Estadual de Saúde pela representatividade de uma Organização Não Governamental que se chama Fenix. (SU)*

> *Olha, tem um parágrafo no nosso regimento interno que diz que a pessoa pode voltar por um outro segmento e eu estou procurando, então, outro segmento para que eu possa estar voltando, né? Que como eu disse, eu não quero ficar parada e enquanto eu puder estar ajudando e que eu gosto muito de ser conselheira, como eu disse anteriormente, é como uma terapia mesmo, uma válvula de escape. Então, eu já to vendo direitinho pra que eu possa estar voltando por outro seguimento e a gente ta encaminhando já. (SU)*

Nas entrevistas também aparecem trechos ligados à partidarização do CMS e a influência da eleição municipal.

> *Nessa renovação ficou muito politizado e polarizou. Porque ficou muita gente que defendia o [prefeito] e entrou muita gente do PT e algumas pessoas que não se colocavam, durante o processo, ficou muito claro que eram do [candidato a prefeito pelo PMDB]. Eles são as três forças políticas que apareceram com mais significado no município. E no início do mandato do novo Conselho foi muito duro. (SGP)*

> *Então, o Conselho que eu tinha herdado do tempo da [nome] era um Conselho fácil até de você lidar, né, porque já tinha sido pós-eleição, não tinha uma disputa eleitoral. (SGP)*

Um dos gestores entrevistados cita o problema da dependência dos conselheiros em relação à administração.

> *E a gente colocou isso pra eles, que, de repente, é muito fácil você esvaziar o Conselho. É só você não ligar. Será que as pessoas vão se mobilizar pra manter a reunião? Então colocamos esse papel pra eles, da necessidade deles não dependerem da administração, exclusivamente, pra terem uma reunião. (SGP)*

> *Então, acho que ainda falta independência do Conselho pra transformar ele de letra, de lei escrita, pra lei viva. E eu acho que talvez a gente até seja um pouco culpado dessa dependência por nunca ter tido grandes enfrentamentos, grandes confrontos. Então, eles usam a sede aqui da Secretaria. Não tem uma sede própria. O orçamento nosso da Secretaria inclui uma rubrica que é Conselho, mas ela acaba não existindo de fato. (SGP)*

Em período de mudança de prefeito, o mesmo gestor exprime sua preocupação com a posse da vice-presidente do CMS. Com a reformulação do Regimento Interno do Conselho em 2002, o presidente do CMS é eleito entre seus pares.

> *Eu sou presidente do Conselho não porque... talvez até porque eu sou secretária, mas eu me candidatei, teve outras candidaturas também e acabaram achando que, como era um final de gestão, era melhor que eu fosse presidente. Mas a vice-presidente é uma usuária. Foi a composição que a gente fez. A secretária da administração representa a*

> *presidência, usuário a vice-presidência, funcionário a primeira secretaria e usuário a segunda secretaria (....) E como é que fica agora que eu vou embora? É o novo secretário que assume a presidência? Então a gente deixou claro que não. Isso é do próprio estatuto. O vice-presidente assume a presidência. Quando tiver a nova eleição do Conselho, os eleitos do Conselho elegem o novo presidente que pode até ser o novo ou a nova secretária. Pode não ser, mas pode ser também. Quem tiver na administração vai verificar a validade de se candidatar a presidente, o interesse de se candidatar a presidente, vai reforçar esse espaço ou esvaziar esse espaço. (SGP)*

Por ocasião da apresentação do projeto desta pesquisa ao CMS de Itapecerica da Serra houve a eleição citada no trecho acima. Importante notar que, na ata dessa reunião (Anexo I), não consta o discurso do gestor em prol a sua própria candidatura. Não houve disputa para presidente ou para secretário, que são os cargos que compõe a mesa diretora do Conselho.

A capacitação dos conselheiros desponta como uma preocupação dos gestores no que se refere à qualificação da participação dos conselheiros. Os conselheiros, então, são estimulados a participarem de cursos de capacitação oferecidos pelo município, pela DIR V - Osasco[11] ou pelo Ministério da Saúde. Há ainda, o envolvimento dos conselheiros em atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde que visaram, entre outros objetivos, qualificar a participação e atuação dos conselheiros.

> *Então tinha, além das reuniões ordinárias, tinha discussões sobre tal tema, umas coisas assim e depois formalizou em forma de capacitação, que a gente chamou. A própria prática, de alguma forma, por exemplo, quando a gente fez a territorialização, não era uma capacitação, mas era uma forma de capacitar. Eles participavam de todos os passos. Desde a parte teórica, o que que a gente ia fazer, como a gente ia fazer, fazendo junto, tirando proposta. Então isso era uma forma de capacitação (....) Então, tinha uma coisa*

[11] Direção Regional de Saúde V é uma das vinte e quatro regiões de saúde do Estado de São Paulo, sediada no município de Osasco. Quinze municípios fazem parte da área de abrangência dessa Regional, entre eles, o de Itapecerica da Serra.

específica no início da entrada dos conselheiros que era uma capacitação que incorporava todas essas coisas anteriormente feitas de uma forma não tão organizada, que era visita aos serviços. (SGP)

(....) a gente fez uma formação maciça. A gente nunca formou um ou dois conselheiros. A gente formou 120 conselheiros. Todos os conselheiros de todas as Unidades de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (....) É lógico que você forma 120 e 120 não viram grandes conselheiros, conselheiros engajados. A gente acaba observando que tem Conselho de unidade que é mais frágil, que tem Conselho que você precisa animar o processo. Tem Conselho que nem você animando acontece. (SGP)

(....) depois veio o curso do Ministério. E eu acho que esses cursos que vem de cima tem que ser repensados. Porque você acaba tendo uma quantidade de vaga pequena. Eu tenho 120 conselheiros, eu consigo mandar seis, oito... Então, talvez fosse importante sugerir aos níveis centrais que fazem esse tipo de treinamento de que não adianta você fazer treinamento de 6 quando você tem uma massa crítica que são 120, né? Eu sei que tem uma crítica a gente mesmo formar o nosso conselheiro, né. Eu acho até pertinente, você pode ta puxando a sardinha pro seu lado, é bem pertinente mesmo. Mas, acho que é fundamental se formar os conselheiros como um grupo grande porque você ter um ou dois formados, seis, oito, dez formados no meio de cento e vinte, você acaba criando castas dentro do conselho. (....) Então, você tem um risco de criar castas, né, o conselheiro classe A, o conselheiro classe B e o conselheiro desinformado, que não sabe de nada. (SGP)

Eles também não são pessoas diferenciadas que eram pessoas que não eram cooptáveis, ou não eram ou tinham informações suficientes pra tomarem decisão. Não! Mas, o trabalho era no sentido de fazer com que ele se tornassem mais críticos e refletissem, não tivessem decisões a partir só de uma informação. Então esse processo de discussão tinha um caráter pedagógico de exercício de cidadania. Agora, é óbvio que também não era o céu. (SGP)

Uma conselheira do segmento usuário fala sobre o saber popular, da importância de experiência de vida e da troca de experiências.

Porque eu acho que não é a leitura só que te dá o saber. A tua vivência, a tua mistura, de você misturar sua vida com um, com outro, sabe? A vivência de fulano que ta sofrendo ali, a vivência de fulano que ta preso na cadeia, a vivência de fulana que ta sem marido, que não tem marido, a vivência de fulana que tem dez, doze filho, você vai aprendendo com a vida daquela pessoa que não é a sua, entendeu? Isso é que é um estudo, entendeu? É a tua vivência que você viveu que não tem leitura que faça ela. Você escrever o que eu to falando não foi você que viveu, não foi você que passou. Ta certo que hoje em dia,a leitura é uma coisa muito séria por causa da tecnologia que chegou, que tomou conta do mundo. (SU)

3.6. Atuação em comissões

É comum, durante o período analisado, a formação de comissões para a organização das Conferências Municipais de Saúde e para a realização das eleições dos Conselhos de Unidades. Com menor freqüência se encontra a formação de comissões para análise de prestação de contas, elaboração de relatório de gestão e avaliação do ano de 2001. Nesses casos, recorreu-se às atas posteriores para verificação do andamento e término do trabalho das comissões constituídas. Em relação às comissões eleitorais, sempre paritárias, todos os segmentos participam de todas as etapas do processo.

Sobre as primeiras comissões encontram-se relatos extensos, com questionamentos por parte dos usuários e prestadores, porém sempre apresentadas pelo próprio gestor ou por pessoal ligado à administração.

(....)marcada uma nova reunião para o dia 12 de agosto do corrente na sede da SMS, de uma comissão que irá analisar os balancetes entregues e elaborar relatório de gestão de 1996 e 1º semestre de 1997, composto pelos conselheiros [ ], [ ] e [ ].(A)

> *[ ] solicita representantes para a avaliação de 2001. Representantes dos prestadores já estão definidos. São eleitos 4 representantes dos usuários para a atividade. (A)*

Os gestores entrevistados fazem referência à formação e atuação de comissões.

> *Teve um Conselho, eu me lembro, que tirou uma proposta e tiraram comissões que iam... todo mundo visitava tudo e comissões traziam como estão as finanças, como estão as compras, como faz o suprimento, como faz a organização da assistência, a qualidade da não sei o que lá. Então, eles tiravam grupos que ficavam fazendo esse tipo de levantamento e apresentavam para os outros como é que era pra conhecer o que era a Secretaria da Saúde. (SGP)*

No que se refere às comissões de prestação de contas, de elaboração de relatório de gestão e de avaliação, não se encontra nas atas posteriores referências ao andamento da comissão constituída. Quanto às comissões para a realização das Conferências Municipais de Saúde, percebe-se que há maior atuação de todos os membros.

3.7. Participação em outros movimentos e eventos ligados à saúde

Desde o início da implantação do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, os conselheiros, principalmente os do segmento usuários, participaram do Movimento Popular da Saúde ou do Movimento Pró-Hospitais, típico exemplo do que se encontra na literatura sobre movimentos sociais e Conselho Municipal de Saúde.

> *O conselheiro [ ] sugere alternativa para o lixo com a reciclagem, também iniciada nas escolas. A [ ] informa que o pessoal do Meio Ambiente já procurou o posto de saúde do bairro para expor o trabalho que vão realizar, através de oficinas, à partir do lixo. (A)*

> *A reunião inicia-se com a entrega de impressos para os conselheiros sobre a "Campanha Branca Flor Limpo, Consciência Limpa, Vida com Qualidade" , que trata de um alerta ao cidadão da região sobre limpeza pública, realizado pela Comunidade Consciente e Informativo A Voz. (A)*
>
> *(....)passando em seguida a elaborar escala, com os membros do Conselho, para acompanhamento das reuniões na Câmara dos vereadores. (A)*

Foi realizada em meados dos anos 1980, uma pesquisa participante envolvendo docentes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A participação nessa pesquisa é lembrada por usuária entrevistada, bem como em conversas informais que se teve com participantes da VI Conferência Municipal de Saúde.

> *(....)aí eu entrei no Movimento dos Sem-Terra (....) Eu tava no Movimento Popular, na pesquisa, trabalhando nas obra e no Movimento dos Sem-Terra (....) Eu ia pra encontros, eu fui pra Argentina, eu fui pra Brasília. Os primeiro encontro feminista que existiu... aquilo tudo ali eu tava dentro. Em Bertioga, quando teve aquele encontro de mulher feminista. Não sabia ler, mas deixava lá minha marca, entendeu? Deixava lá minha palavra (....) Aqui, onde a gente ta, é uma associação de mãe que é essa de entregar o leite e temos o Conselho Comunitário de Educação e Ação Popular que a gente formou há 6 anos. Hoje em dia já temos 33 salas de aula de alfabetização de jovens e adultos dentro do município, só nas comunidade, né? Temos tudo ajudado pelas comunidade. (SU)*

A mesma entrevistada fala da importância que esses movimentos tiveram para o seu bairro, bem como o papel da igreja local.

> *Se você vê a luta que nóis já teve de Movimento de Saúde, Movimento dos Sem-Terra, por todos os Movimento que foi formado aqui. Porque tudo que tem aqui nesse bairro foi tudo através de movimento. Prefeito nenhum, secretário nenhum, nem da saúde nem de nada, trouxe, fez, sem ninguém ir traz dele. Tudo que foi feito aqui foi tudo luta do povo. E nasceu tudo nessa igreja ali Jesus de Nazaré foi todo o movimento nasceu naquela igreja no tempo que tinha padre, que hoje*

em dia tem uns padre que diz tudo que é carismático, que não dá valor a nada, não dá valor a luta nenhuma. (SU)

Nas entrevistas alguns conselheiros explicitam sua ligação com outros movimentos, principalmente Organizações não Governamentais e Associações de Mulheres.

3.8. Representatividade

O tema composição do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos de Unidade é uma constante nas anotações das atas bem como nos discursos.

> *Quem deve compor o Conselho? Quais os segmentos que devem compor o Conselho? E essa discussão foi longa, que era mapear a sociedade de Itapecerica que é uma área de proteção de mananciais, que não tem indústria... Que segmentos compõem essa sociedade? Então a primeira discussão foi essa, da representação dos segmentos que compõem essa sociedade. Esses, então, seriam os usuários. Depois, na paridade com os prestadores, aí também se mapeava que tipo de serviços, quem vai fazer parte desse outro lado da história. E também estava previsto entrar nesse lado, como prestador, outras secretarias da... ou outras representações da Prefeitura Municipal. E lá em Itapecerica a gente optou por ter um Conselho que, comparado a outras cidades pequenas, era considerado grande. Tinha 20 membros, 10 usuários e 10 prestadores e sempre houve a participação ativa dos trabalhadores que se elegiam entre os pares. Então, essa coisa de quem escolhe o representante do segmento. Eram os segmentos que escolhiam a representação. E a gente optou por é... o usuário é... metade eram representantes de segmentos e metade dos usuários era pessoas votadas diretamente nas Unidades Básicas de Saúde (....) Então, essa comunicação entre a direção e a Unidade era uma coisa automática, porque você tinha a representação do nível local no Conselho Municipal. Porque o risco era ou você só conversa com quem consome o serviço da Unidade Básica e não ta sabendo da política geral do município e da saúde como um todo ou, por outro lado, você só tem representantes de segmentos que nem sabem onde é a Unidade, não é? (SGP)*

> *Tinha muita gente que fazia parte do Movimento da Saúde, que não era nem de um partido ou nem de uma entidade. E os primeiros conselheiros foram do movimento de Saúde. Eles que se candidataram, os que faziam pesquisa participativa, os que se interessavam pela Saúde foram os primeiros. Até por discussão com essas pessoas é que se tirou esse tipo de proposta: que o conselho não deveria ser um reduto a mais de um grupo já formado que tivesse interesse claro tipo as SAB, as CEBES, alguma outra entidade. Essa discussão era... brotou justo de pessoas que eram do movimento de Saúde, várias ligadas à igreja. Naquele momento a igreja tinha um papel importante nas lutas pela democracia, pela saúde, pela questão da cidadania. Então, várias pessoas tinham origem na igreja, mas era Movimento da Saúde. (SGP)*

O trecho acima reflete a preocupação em garantir que a representatividade no Conselho se desse de forma a possibilitar que os atores que viessem a compor esse colegiado refletissem de fato a pluralidade da sociedade local.

O CMS de Itapecerica da Serra, atualmente, é composto por vinte membros titulares, sendo dez representantes dos usuários, cinco dos trabalhadores e cinco dos prestadores/gestor e igual número de suplentes.

Até o ano de 2002, o Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra não era paritário devido à inclusão, na lei de criação do Conselho, de três representantes do legislativo. Essa foi uma questão que gerou muita polêmica no Conselho, ainda que fosse pequena a assiduidade desses conselheiros. Tentativas de promover a paridade no Conselho, com envio de projeto de lei para a Câmara de vereadores, foram sistematicamente inviabilizadas pelos próprios vereadores e mesmo a presença de conselheiros nas sessões como forma de pressão, foram infrutíferas. Somente em novembro de 2002 foi aprovada a Lei Complementar nº 15, após o envio de Mensagem (Mensagem nº 288/02) do Prefeito em exercício, alegando que a Lei Complementar nº 10 – que dispõe sobre a competência e composição do Conselho Municipal de Saúde –, vigente à época, não

estava em conformidade com a Lei nº 8.142, bem como com a Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde.

> *Quanto aos vereadores, há um parecer[12] de que eles não podem participar de nenhum Conselho ou Comissão. Haverá, então, uma proposta de mudança na lei. [] acha importante que todos os segmentos tragam suas propostas através de seus representantes. (A)*
>
> *(....)passou-se a discutir a Lei Complementar aprovada pela Câmara Municipal, sendo que a mesma ficou igual à proposta pela comissão indicada pela Conferência Municipal de Saúde, com a ressalva de inclusão de 3 vereadores, feita pelos atuais vereadores, o que impede a paridade e ficando em desacordo com a lei. (A)*
>
> *Após discussão propos-se que a lei popular, sob a forma de abaixo-assinado, seja viabilizada... e também solicitar parecer ao judiciário sobre a constitucionalidade da Lei Complementar. (A)*

Também foi questionada a não participação de outras representações no Conselho:

> *Respondendo a uma dúvida a respeito da não representação dos deficientes no CMS, Dra. [ ] esclareceu que não houve organização deste segmento nesse sentido e que a decisão de quais segmentos fariam parte do Conselho foi tomada em uma Conferência Municipal de Saúde e transformada em lei. (A)*
>
> *(....) a gente sempre discutiu que não queria criar também espaços de defesa de condição física ou étnica. Então, por exemplo, não tinha cadeira para deficiente, cadeira para doenças crônicas... não tinha esse tipo de cadeira. Essa discussão também se deu, que era um espaço de discussão da política de saúde pra população de Itapecerica. E, é óbvio que cada segmento tem seus interesses, sua visão de mundo e vai defender suas propostas dentro dessa visão de mundo. Então, sempre essa coisa de o papel é a organização do sistema de saúde e pra cidade e pra toda população que*

[12] Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM (centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal) Parecer FPFL nº 15165, Processo FPFL nº 121/91.

> *habita aqui. Essa é a nossa tarefa, né? (....) Então, você tinha uma diversidade de representações no Conselho e a idéia era essa mesmo: que você pudesse ter no Conselho, tanto no Conselho do município como das Unidades, pessoas de diversos segmentos com diversas opiniões, de diversas classes sociais. (SGP)*

Essa preocupação com a necessidade de haver diversidade na representatividade dentro do Conselho, também pode ser atribuída a evitar-se o corporativismo. Essa forma de composição do CMS pode contribuir para que a saúde seja discutida de forma integral e universal.

Nas entrevistas foi perguntado aos conselheiros se eles se sentiam representantes. A compreensão do que vem a ser representante de um segmento no Conselho Municipal de Saúde se apóia em um discurso assistencialista bem como calcado em disposições legais e. Os mecanismos utilizados para se fazer representar são as reuniões mensais do Conselho de Unidade de Saúde ou informalmente, abordando os conselheiros na rua.

> *Na verdade eu sou representante de fato e de direito do meu segmento e eu procuro fazê-lo com dedicação, porque não poderia ser diferente, né? (SU)*

> *E também acontece sempre de cercar a gente na rua, olha ta acontecendo assim, assim. Outros ligam porque a gente distribui mesmo o telefone da gente, né? E é assim, uma amizade mesmo. Então as pessoas depositam uma confiança que eu to sempre agradecendo. E nesse sentido ... Mas, na nossa reunião a gente discute de um tudo, não só a saúde, mas tudo que nós, enquanto conselheiros, podemos estar levando pra população, seja no lado social, seja no...em tudo. (SU)*

> *O Conselho de base tem uma reunião mensal e nessa reunião ordinária mensal são levados os problemas locais e desses problemas locais é feito um relatório e nós procuramos discutir o que de fato é relevante. Todos os assuntos são importantes, mas o que nós elencamos o que é de maior relevância (....) Então, geralmente, as pessoas, além da reunião de base, no dia-a-dia, procuram me passar alguma informação. Pelo fato de eu estar no Conselho e o*

> *pessoal sabe, geralmente, eles trazem alguma informação e eles precisam, pedem algum retorno, o que a gente chama de feedback. Você dá o feedback daquilo que você está fazendo. Prestar contas daquilo que você esta está fazendo. E na verdade, eu procuro não ser um centralizador e nem um solucionador dos problemas das pessoas. Eu sempre recebo e encaminho. Eu encaminho ao SAC, ao órgão competente que resolva pra não dar aquela impressão que eu to represando os fatos, os acontecimentos e tentando resolvê-los. Então eu sempre estou encaminhando isso ao órgão competente. (SU)*

Em um outro discurso, para a conselheira (tanto do segmento usuário como do segmento trabalhadores) sentir-se representante significa apresentar conquistas à população do bairro.

> *Eu sinto sim. Eu procuro sempre, como eu já disse, agir nesse sentido, né, de sempre ta trazendo as preocupações do nosso bairro aqui pra secretaria da saúde (....) Eu acho que na medida do possível e dentro das minhas possibilidades, eu acho que eu fiz o que era pra ser feito, né? Às vezes você não consegue agradar a todos. Porque é difícil, porque você, no seu Conselho da sua Unidade, você tem que olhar pelo seu bairro, mas quando você é conselheiro municipal você tem que olhar pela cidade toda, e nós somos quase 150 mil habitantes. Então, Itapecerica é grande e a gente tem muita dificuldade nesse sentido. Mas, eu acho que na medida do possível procurei ajudar. (SU)*

> *Eu me sinto sim. Eu adoro. Eu vejo assim que...você sabe? Eu não tenho queda pra líder. Eu não sei mandar, mas eu gosto de conversar, pedir, lutar junto. Então eu acho que eu me sinto uma boa representante. Levar, discutir o que é bom, o que não é. Tudo que você vê que você consegue... Eu tenho uma vontade de ser voluntária, ir pra esses lugares. Então, eu acho que tudo que você puder fazer pelo seu país, o seu município, seu bairro crescer eu acho que é muito válido. (ST)*

3.9. Fiscalização e questionamentos

Encontram-se vários registros nas atas referentes a demandas trazidas pelos conselheiros, questionamentos e pedidos de esclarecimentos

sobre os mais diversos assuntos como: solicitação de mutirões, de contratação de especialidades médicas, continuidade de serviços já implantados ou de esclarecimento sobre ações programáticas implantadas no município, entre outros.

Selecionou-se alguns questionamentos constante nas atas, como segue:

> *(....)questiona sobre o papel do Conselho [Local] (....)sendo informado ser um espaço de exercício da cidadania, controle social, detecção de problemas de saúde, buscando soluções possíveis no âmbito local. Já o Conselho Municipal trabalha com a visão do município como um todo, priorizando ações de saúde. (A)*
>
> *[ ] solicitou explicações sobre evolução dos gastos com pessoal. (A)*
>
> *Outra questão levantada pelo [ ] foi que na UBS Valo Velho, dois conselheiros estão auxiliando no balcão de atendimento da unidade, ficando de conversar com a diretora da unidade sobre esta questão. (A)*
>
> *Eu não sei o que ta acontecendo em Itapecerica da Serra. Eu não sei, porque antigamente não era desse jeito e agora eu nunca vi tanto parto prematuro, tanta criança prematura que nasce em Itapecerica da Serra (....) A gente tem que fazer um trabalho com essas mães. Eu acho que é assim. Porque alguém tem que tomar alguma providência sobre isso. (SU)*
>
> *Que eu nunca vi tanta menina prenha do jeito que se vê hoje em dia. Hoje em dia, a menina com 12 anos tão tudo de barriga. Tem que fazer um trabalho aqui, né? (SU)*
>
> *Os moradores comentam o fato de ter havido duas mortes no município por leptospirose, onde resolveram iniciar uma campanha no dia 20 de janeiro passado, de visita de casa em casa, com distribuição de panfletos explicativos sobre a doença, oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. A população do Branca Flor está preocupada com o lixo existente, propiciando a proliferação de ratos. (A)*

Interessante notar que questionamentos como os acima citados não suscitaram maiores discussões, levando-se em consideração o constante nas atas.

Nas entrevistas com os gestores, a fiscalização exercida pelos conselheiros é abordada espontaneamente.

> *Ah! Eu fui lá ajudar as meninas (....) Então, tinham conselheiros que também queriam ser funcionários e outros que queriam matar os funcionários. (SGP)*

> *Então, a fiscalização sempre houve por parte do usuário... de cara o conselheiro acha que ele é um fiscal, que ele é da polícia, que ele tem que saber se a moça cumpre o horário, se o médico tal, não sei o quê, pereré, pereré. Então eu acho que uma coisa muito forte no conselheiro usuário, a primeira coisa que vem na cabeça dele é que conselheiro é um fiscal, alguém que vai lá vigiar. E no começo realmente essas duas qualidades aí, e ainda é, são questões muito fortes que é a coisa de você ser um fiscal e ser um reivindicador. Você quer, quer, quer. (SGP)*

> *E esse papel fiscalizador, ele sempre ocorreu, ele nunca deixou de existir, que a moça da porta é estúpida, que a diretora faltou tal dia... um fiscal da organização num primeiro momento. Não da qualidade do que se oferece, mas um fiscal de pessoal, de funcionários. Essas coisas sempre tiveram espaço e sempre vão acontecer. Se elas existem, elas têm que ter espaço. O problema é se só é isso. Se só é isso, então fica uma coisa meio complicada, né? (SGP)*

Compartilha-se da idéia exposta no último trecho, entendendo-se que essa fiscalização exercida pelo segmento usuário faz parte do processo de aprimoramento do papel do conselheiro. É extremamente importante que haja espaço para discussão desse tipo de atuação para que ela ceda lugar a um outro tipo de fiscalização: a dos gastos públicos.

As demandas e os questionamentos são sempre feitos pelo segmento dos usuários. Os funcionários têm participação pontual, em 1994.

> *O conselheiro [ ] lembrou que sem plano de cargo e carreira não há melhora salarial e que esta discussão já ocorre há vinte anos e fica só no papel e que com [o aumento salarial de] 12% já não tem médico. (A)*

Na entrevista, o mesmo segmento se posiciona da seguinte forma quando perguntado se leva alguma demanda do seu segmento para ser discutido no Conselho:

> *Não. Muito difícil. Porque essas coisas a gente discute no Conselhinho e depois a gente traz sim, mas aí vai dos diretores que depois mandam a resposta. Ou é coisa de medicação, ou é coisa de horário, como quando teve a pré-Conferência aqui na Lagoa, a gente discutiu isso. Discute todas as Unidades junto, aí tira o que é prioridade pra ver o que os nossos superiores, ver o que pode fazer pela gente. É tudo no conjunto. (ST)*

O trecho acima mostra que o segmento dos trabalhadores não tem usado o espaço do Conselho Municipal de Saúde para discussão de reivindicações da categoria. Pode-se supor que haja uma ética por parte desse segmento ou mesmo um certo constrangimento em defender "causa própria".

3.10. A atuação dos conselheiros nas Conferências

Os trechos selecionados das atas ilustram as discussões sobre as Conferências Municipais de Saúde.

> *(....) informe sobre a IV Conferência Municipal de Saúde (....)o objetivo é tirar decisões políticas da saúde. Qualquer morador pode ir, participar e apresentar propostas. (A)*

> *Para discussão dos textos [norteadores], os membros do Conselho foram divididos em três grupos. O grupo que discutiu sobre participação popular comentou que tanto a administração como a população não exercem o poder de cidadão, por omissão, conveniência, medo comodismo. É*

importante lembrar a história do autoritarismo/subserviência. Do grupo que discutiu sobre o tema "Dificuldades do mundo atual", [] é de parecer que o início do texto parece petista e tendencioso. [] acha que ele retrata a realidade mas falta mostrar a cultura de roubo e impunidade. [] pensa que o documento não fala da cultura do empobrecimento social, colocando a culpa no neoliberalismo; é preciso colocar também a responsabilidade do país.[] acha que a violência é derivada da falta de educação e de informação. [] acha que pela falta de educação, as pessoas não sabem como se posicionar, como participar. [] acha que o começo do texto está enjoativo, com muitos dados, fala do FMI como se nós não fossemos crescer, falta a parte boa da coisa.[] propõe que se refaça o texto. [] comenta que o texto deveria mostrar a causa das doenças. Quanto ao grupo que discutiu o tema da "Organização dos serviços" [] comenta que o texto, no final, concentra a responsabilidade da humanização do serviço no funcionário, sem colocar a participação do usuário e da administração (....)o trabalhador da saúde tem outros empregos e no último já está cansado. [] acha que falta falar da conscientização e informação da população. É necessário preparo técnico do funcionário e remuneração compensatória. [] comenta que a demora no resultado dos exames e no retorno ao médico é um agravo à saúde. [] acredita que as pessoas demoram para buscar ajuda médica [] acha que o serviço é insuficiente, departamentalizado, especializado. Pede-se muitos exames e faltam recursos disponíveis. [] comenta que a população reclama quando o médico não pede exames. (A)

Apesar de as Conferências contarem com uma comissão responsável pela sua realização, os textos norteadores foram escritos por pessoal ligado ao gestor. A participação dos usuários e trabalhadores nessa fase das Conferências é praticamente nula, não só na confecção de documentos como na discussão dos temas específicos.

Nas entrevistas foi ressaltada a importância das Conferências Municipais de Saúde.

E o processo das Conferências, pra mim, é a coisa mais linda porque eles participam desde... a gente faz uma discussão entre os diretores e propõe um tema, tira uma pessoa pra ficar em cada sub-tema, mas quando a gente vai aprovar isso

no Conselho Municipal eles fazem questão de participar desde o início. Então, eles fazem parte da comissão que prepara os textos da pré-conferência. Eles se responsabilizam pelas pré-conferências junto com os diretores de unidades. E a pré-conferência é o que tem de mais rico na Conferência. Você já traz os temas discutidos nas... as pessoas que vêm pra Conferência já vêm com esse material discutido, com essa reflexão feita. Então, acho que isso foi muito importante. (SGP)

(....) a gente participa da elaboração das Conferências, das eleições e tal. (SU)

Então as Conferências também sempre ocorriam a cada dois anos. Alguma coincidiam com o término da gestão e até a Conferência era um espaço de propositura, por exemplo, para mudar as Leis relativas ao Conselho, pra passagem de membros, dos novos eleitos. Então, era um exemplo. As Conferências eram marcos, né? As Conferências eram sempre precedidas por um processo de discussão de um a dois meses, que se dava de forma descentralizada, nas escolas, nas Unidades, com segmentos que a gente considerava representativo de uma determinada região de abrangência de uma Unidade. (SGP)

Quando temos Conferência a gente tem uma pré na Unidade e é aberta pra toda a população e para os funcionários que podem deixar um pouco seu trabalho. E ali a gente discute quais são as prioridades. Vem muito dos usuários. A gente acata muito aquilo. Anota, discute em grupo, democraticamente. A gente discute o que é prioridade e o que não é, o que a gente acha que vai conseguir primeiro. E tem muitas propostas, mas não dá pra acatar todas, então a gente tem que ver as prioridades e aí vem pra cima. Mas tudo isso é sempre discutido nas Conferências. É seguido o que foi priorizado na Conferência. (ST)

Teve-se acesso às resoluções de todas as Conferências,que totalizam seis eventos ocorridos entre 1994 e 2004, com intervalo de 2 anos entre si. Pode-se constatar que os temas tratados nas Conferências estão intimamente ligados ao contexto histórico pelo qual passa o Sistema de Saúde local.

A I Conferência (1994) teve como tema central "Implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Itapecerica da Serra" e as discussões giraram em torno:

- do modelo assistencial e organização dos serviços;
- do fortalecimento do controle social;
- do financiamento do Sistema de Saúde;
- da política de recursos humanos.

A II Conferência Municipal de Saúde (1996) ocorreu pouco depois da cassação do prefeito de Itapecerica da Serra. Há um êxodo de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e a Conferência acontece sob o comando de um novo secretário. As resoluções finais da II Conferência, que teve como tema central "Os desafios da saúde" são quase uma cópia da I Conferência.

O tema central da III Conferência Municipal (1998) foi "Satisfação da clientela nos serviços de saúde", na qual discutiu-se o acolhimento e humanização nas Unidades de Saúde, a criação do SAC (Serviço de Atendimento ao Cidadão), bem como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Foi a partir dessa Conferência que a Secretaria de Saúde adotou a humanização dos serviços como um dos eixos da política de saúde para o município. Naquele momento havia também uma grande preocupação com a questão da saúde do adolescente e, em particular, com sua sexualidade e os altos índices de gravidez nessa fase de vida, conforme se pode verificar em ata consultada apenas para constatação (não fazia parte do plano amostral) do porque a saúde do adolescente foi tema de mesa redonda da Conferência.

Segundo registros da Secretaria Municipal de Saúde compareceram cerca de 700 adolescentes, com participação muito significativa nos debates., visto que uma das resoluções da Conferência foi a elaboração de publicação respondendo a todas questões formuladas durante as pré-conferências e Conferência. A divulgação das resoluções dessa Conferência

se deu através de publicação de um jornal com uma tiragem de 1000 exemplares.

A IV Conferência (2000) teve como tema central "Dificuldades do Mundo Atual e Qualidade de Vida e a Participação da População" , tendo como base para as discussões, texto intitulado "Estar excluído é um problema de cada indivíduo? Em que situação você se sente excluído?", que abordava as dimensões da exclusão: econômica, política, social, da saúde, ética e cultural. As resoluções dessa conferência foram condensadas sob as seguintes denominações: organização do atendimento, ampliação de *atividades e serviços, articulação e desenvolvimento de serviços,* participação e cidadania na saúde, recursos humanos, propostas gerais e sugestões da IV conferência para outras áreas. Foi a partir dessa Conferência que todas as resoluções referentes a ampliação e reforma da rede física começaram a ser encaminhadas sob a forma de indicação para o Conselho do Orçamento Participativo recém-constituído no município.

Na V Conferência (2002) foram abordados três grandes temas:

- "Financiamento em Saúde" que teve como resoluções o *encaminhamento de moções ao governo do Estado e ao governo* Federal visando modificações formas de financiamento para a saúde;
- "A Comunidade e a Unidade de Saúde" que teve em sua pauta de resoluções ampliação do saneamento básico, ampliação de práticas educativas nas Unidades de Saúde;
- "Representação, Controle Social e o Planejamento dos Serviços" que prioriza a ampliação de espaços educativos tanto para a população como para os funcionários, ampliação da rede física e de acesso à serviços de saúde.

A VI Conferência (2004) teve como tema central "A Humanização nos Serviços de Saúde", divididos em três subtemas:

- "Humanização e a participação da população no controle social";

- Humanização e o profissional de saúde;
- "Humanização e a organização dos serviços".

A pesquisadora participou como observadora da VI Conferência Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra. Pode-se constatar o grau de organização e a participação não somente de conselheiros, mas também de pessoas que foram ligadas ao Movimento Popular da Saúde. Não se observou nenhum embate durante o evento. Por se tratar de período pré-eleitoral para as eleições municipais, os discursos tanto do prefeito (abertura) quanto de técnicos que tomaram a palavra foram de exaltação às *realizações da prefeitura nos últimos oito anos de mandato* do atual prefeito (2004).

3.11. Deliberações

São poucas as manifestações contidas nas atas que permitem a inferência sobre o quanto o Conselho é deliberativo. Porém, em todas as entrevistas realizadas os interlocutores, principalmente os gestores, atribuem essa qualidade ao Conselho.

> *Ficou sugerido a necessidade de retomada de reuniões entre UBS e usuários com a criação dos Conselhos de Saúde por unidade. (A)*

> *(....) passou-se à leitura das moções de apoio ao Dr. [ ] elaboradas pelos funcionários do Pronto Socorro Central, UBS Salvador de Leone e Crispim e moradores do Bairro do Crispim (....)conselheiro [ ] disse que acha que misturou-se questões pessoais e profissionais (....)lembrou que não cabe aos vereadores avaliarem omissões e sim a Comissão de Ética (....)O Conselho definiu a elaboração de um documento de apoio ao Dr. [ ] que é elaborado naquele momento. (A)*

> *Outra proposta formulada é que o Conselho Municipal deve encaminhar à recepção das Unidades circular sobre humanização da recepção. (A)*

> *Tudo que a gente decidiu aqui fazer, implantar serviço, não implantar serviço, foi tudo discutido com o Conselho. O Conselho também participou na criação de outros Conselhos Municipais (....) Então a gente tem procurado, também, defendeu tese apresenta pro Conselho a sua tese, né. Faz uma reunião do Conselho e apresenta pro Conselho. Eu acho que isso tem enriquecido muito o Conselho, assim, não só a discussão do cotidiano, do dia-a-dia, mas a possibilidade de discutir saúde num sentido maior, de ver a aproximação da academia, de não se intimidar frente a professor doutor. (SGP)*

Com exceção das duas Conferências Municipais de Saúde que tiveram suas resoluções divulgadas através de informativo, as deliberações do Conselho Municipal de Saúde não contam com nenhum mecanismo formal de divulgação. Pode-se constatar através das atas que essas resoluções são discutidas nas reuniões do Conselho, porém, nem sempre se pode identificar como deliberação ou que se viabilizou sua realização.

A decisão tomada no trecho abaixo diz respeito a um projeto de lei para aumento salarial dos médicos da rede, tendo como maior justificativa que o município fica distante dos grandes centros e os salários praticados estavam aquém da média da região. Foi travada uma "batalha" com o poder legislativo que não concordava com o projeto em questão. Ocorreram várias no CMS, sendo o trecho abaixo um dos mais significativos daquele momento. Foi a única vez que surge, no CMS, proposta de se estudar a reestruturação de carreira para todos os funcionários da saúde.

> *(....)foram feitas as seguintes propostas para encaminhar a questão do projeto de lei que não foi aprovado: proposta 1 do conselheiro [ ] é de estudar e reestruturar a carreira de todos os funcionários da saúde, condicionada à situação do mercado; proposta 2 do conselheiro [ ] é que os vereadores devem vir ao Conselho para discutir a questão; proposta 3 da conselheira [ ] é que deve-se fazer carta aberta à população e movimentar a mesma para ir até a Câmara; proposta 4 do sr. [ ] foi que os vereadores devam vir ao Conselho e se não der resultado a população deve ser acionada. A proposta 4 foi vencedora com 18 votos a favor e 2 votos contra, (....), devendo ocorrer no Centro, decisão esta acolhida por eleição*

com 12 votos a favor e 7 contra. A proposta 4 foi vencedora com 18 votos a favor e 2 votos contra, tendo a reunião sido marcada (....), devendo ocorrer no Centro, decisão esta acolhida por eleição com 12 votos a favor e 7 contra. (A)

O Conselho não conseguiu fazer com que os vereadores comparecessem à reunião, nem tão pouco que vingasse a discussão sobre reestruturação de carreira para todos os funcionários, mas no caso do aumento salarial para os médicos, houve grande pressão não só do Conselho como também do gestor e do prefeito e a lei acabou sendo aprovada pela Câmara Municipal.

Os trechos seguintes referem-se a deliberações sobre o próprio CMS e sobre os Conselhos de Unidades de Saúde.

(....)discutiu-se novamente sobre as eleições dos novos conselheiros ficando deliberado que a eleição dos novos membros do Conselho se dê durante um período específico da I Conferência Municipal de Saúde, no dia 02 de julho. (A)

(....)definiu-se prazo de 120 dias para serem criados os Conselhos de Unidades que indicarão os representantes para o Conselho Municipal. (A)

(....) discutindo o empate ocorrido entre dois conselheiros usuários suplentes, sendo que se refere a UBS Salvador de Leone. Os conselheiros presentes desta unidade são informados de que a posição do Conselho Municipal é de que os conselheiros eleitos, titulares e suplentes, se reunam para eleger, entre os dois que empataram (....)marcou-se reunião (....)para decidir o desempate. (A)

o Conselho Municipal não interfere em discussões das necessidades locais, do funcionamento do Conselho, mas quando são questões polêmicas, elas são trazidas ao Conselho Municipal. Igual quando tem questões polêmicas nos municípios elas são levadas pra resolver no Conselho Estadual. Então esse poder o Conselho Municipal é quem tem. (SGP)

Pode-se inferir que o Conselho Municipal de saúde de Itapecerica da Serra vem, ao longo do período estudado, decidindo sobre questões fundamentais para a organização desse espaço, principalmente em relação às eleições tanto do próprio CMS quanto dos Conselhos de Unidades de Saúde, contribuindo para que esse processo seja aperfeiçoado.

VI - DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS APRESENTADOS

Segundo os dados coletados para a caracterização do município, pode-se afirmar que Itapecerica da Serra é um município que vem, ao longo dos anos, melhorando seus indicadores de saúde, porém ainda guarda características de uma "cidade dormitório", com insuficiência na área de infraestrutura sanitária e baixo desenvolvimento econômico. O fato de o território estar 100% dentro da área de proteção de mananciais (sub-bacia Guarapiranga) fez com que apenas um pequeno número de empresas se instalasse na região. Por outro lado, não há investimento público buscando uma auto-sustentação. Se parte da melhoria dos indicadores de saúde não pode ser atribuída à expansão da infraestrutura, pode-se afirmar que a abertura do Hospital Geral de Itapecerica da Serra contribuiu para a melhoria do acesso a esse tipo de serviço de saúde, já que, anteriormente à sua abertura, os munícipes dependiam da assistência hospitalar na região central de São Paulo.

O município conseguiu grande êxito no controle da mortalidade infantil, chegando a um coeficiente de 11,65 por mil nascidos vivos, o mais baixo entre os municípios da região, porém a violência continua a ser um dos fatores mais preocupantes na cidade.

O Conselho de Saúde do Município tem sua participação na melhoria desses indicadores de saúde. Mesmo que não consiga interferir decisivamente sobre as causas das doenças, o atendimento às suas reivindicações contribuiu para a modificação do quadro de morbidade e mortalidade da população, a exemplo das solicitações para a ampliação de projetos desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com outros setores da prefeitura, o envolvimento no Movimento Pró-Hospitais e a conquista do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, a implantação da

humanização nos serviços de saúde e a construção de Unidades de Saúde em bairros periféricos.

O município de Itapecerica da Serra tem uma história ímpar em termos de participação social na área da saúde, entre os municípios da região sudoeste da Grande São Paulo. A organização de um acervo na Secretaria Municipal de Saúde, contendo a história do Movimento Pró-Hospitais, oriundo de uma reivindicação do Movimento Popular da Saúde datado de 1983, contendo todas as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, assim como a íntegra das Conferências, além de tantos outros documentos, organizados e disponíveis, com riqueza de detalhes, inclusive "bilhetinhos" pessoais, foi um fator de aspecto decisivo para a escolha do município como campo deste estudo.

A história recente da participação social na saúde coincide com a do Movimento pela Reforma Sanitária, e culminou na inserção desse tema na Constituição Federal de 1988 (Art. 198, VII), que determina que a organização da Seguridade Social deve observar:

> *o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.*

No artigo 198, da seção sobre saúde, mais uma vez o tema da participação é explicitado.

> *As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*
> *I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
> *II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
> *III – participação da comunidade.*

A partir daí, e principalmente com a edição da Lei 8.142/90, os municípios foram obrigados a criar Conselhos Municipais de Saúde como uma das obrigações legais para o repasse de verbas de origem federal.

Esses Conselhos revestem-se de importância, pois devem constituir-se em fóruns privilegiados de debate e de decisão sobre o sistema de saúde, porque têm a proximidade necessária com a população e com o poder constituído para influenciarem nos destinos da coisa pública. (GERSCHMAN 1995)

Está inscrito na lei 8080/90, um conceito ampliado de saúde (art 3º):

> *"a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País".*

É frente a esse conceito que se configura a atuação do Conselho de Saúde, que conforme a Lei 8142/90 (§ 2º):

> *(....) em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.*

Esse aparato legal somou-se à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/03, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde para dinamizar a participação social no Brasil, e também foi decisiva na implantação dos CMS em todo o território nacional. DALLARI (1994) ressalta a importância do

aparato legal como "registro histórico do término de períodos revolucionários", uma forma de se registrar direitos e garantias conquistadas. TOURAINE (1996) afirma que o exercício da democracia deve incluir o *reconhecimento dos direitos das minorias pelas maiorias e as leis devem ser* usadas como um dos recursos para tal e portanto, "a idéia de democracia não pode ficar separada da idéia de direitos". *O direito à participação* caracteriza, assim, as democracias modernas.

A última reformulação da lei de criação do Conselho Municipal de Itapecerica da Serra data de 2002 (Lei Complementar nº 15) e traz como competências do CMS:

> *I – atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde;*
> *II – estabelecer estratégias e mecanismos de Coordenação e Gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível estadual e nacional;*
> *III – estabelecer diretrizes para elaboração dos planos de saúde adequados à realidade epidemiológica e de organização dos serviços, no âmbito do território do Município;*
> *IV – fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, no âmbito do Município;*
> *V – propor medidas para o aperfeiçoamento da organização, do funcionamento e dos avanços tecnológicos do Sistema Único de Saúde;*
> *VI – examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como aperfeiçoar recursos a respeito de deliberação do colegiado;*
> *VII – propor a convocação e estruturar a comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde;*
> *VIII – fiscalizar e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde;*
> *IX – elaborar ou reformular o Regimento do Conselho Municipal de Saúde e suas normas de funcionamento.*

Em Itapecerica da Serra, não se nota em nenhum momento a presença de representantes de outros atores da sociedade civil como membros da Ordem dos Advogados do Brasil, do Ministério Público, da

Ordem dos Contabilistas ou outros que pudessem ser de interesse para o Conselho. DALLARI (1994) observa que "diversos mecanismos foram criados na Constituição de 1988 para operacionalizar a participação popular na gestão do Brasil", como a capacidade legislativa dos eleitores através de propositura de projetos de lei, participação em audiências para debatê-los, referendar uma lei ou se manifestar em plebiscito, pedir a retirada de uma lei que contrarie o estabelecido na Constituição, o mandato de injunção, a organização federativa do país, denunciar irregularidades ao Tribunal de Contas, o mandado de segurança e, especialmente o Ministério público voltado para "a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis" e da necessidade de as pessoas conhecerem a existência desses direitos, pois "as mudanças sociais não derivam apenas da criação constitucional dos mecanismos que as possibilitem, mas principalmente, do uso de tais instrumentos".

No caso do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, não tem sido usado nenhum desses mecanismos, nem mesmo para uma simples consulta. É de causar estranheza que no período de dez anos, não houvesse nenhum momento de questionamento que, tornasse necessário o parecer de um técnico em assuntos jurídicos ou financeiros. Pode-se aventar a hipótese de que esse Conselho não seja um espaço de conflito ou, ainda, que não tenha conhecimento suficiente para acionar essas instâncias externas à saúde.

Chama a atenção durante uma das entrevistas com um conselheiro usuário a reincidência da invocação das leis para responder ao que foi perguntado: "pessoas de uma maneira geral, elas não têm muitas informações, elas não sabem que elas têm o direito de fato, que a Constituição prevê"; "eu nunca me manifesto sem que eu tenha antes estudado a matéria em questão, vistado alguma lei que está prevista na Constituição"; "o SUS é uma lei de primeiro mundo, e é de fato pra um país que não está habituado à execução das leis"; "Existe todo um regulamento";

"está prevista na Lei 8.080 e na Lei 8.142 do ano de 1990, a participação popular"; "*eu sou representante de fato e de direito do meu segmento*". Em outras entrevistas há a mesma ocorrência, porém com menor freqüência. É possível pensar-se em algumas hipóteses: as citações dariam um reforço à *legitimidade do conselheiro; mostram conhecimento sobre o SUS; reforçam* o aspecto democrático do Conselho já que as citadas leis foram fruto de um movimento ou simplesmente é um jargão muito difundido na área da saúde e *incorporado pelos conselheiros*.

Pode-se dizer que, protocolarmente, a legislação do SUS vem sendo cumprida em Itapecerica da Serra, porém, como afirma *GOHN (2001)*, o controle social previsto pelo SUS não significou uma mudança drástica para que a participação popular pudesse vir a atuar e promover mudanças na política de saúde, mas pode ser considerado um avanço para a consolidação da prática da participação social no SUS. Nas entrevistas, encontram-se referências que vão ao encontro dessa afirmação, principalmente no discurso dos gestores, quando se referem às condições da participação no município ou à dependência que o Conselho tem em relação à Secretaria Municipal de Saúde.

Em Itapecerica da Serra, a participação do Movimento Popular da Saúde iniciou-se em 1983, sendo anterior, portanto, à criação do Sistema Único de Saúde. Em meados dos anos 1980, os serviços de saúde da área e a Faculdade de Saúde Pública desenvolveram projeto de pesquisa (participante) cujo objetivo consistia em que "a comunidade se tornasse um dos sujeitos do processo de organização dos serviços de saúde e que as instituições e agentes envolvidos assumissem o compromisso de desenvolver mecanismos para promoção desta participação" (ZIONI 1994). Assim, como citado por um dos entrevistados, a pesquisa participante ali desenvolvida teve como um dos produtos uma "cartilhinha" em que constava o reconhecimento das necessidades da população, entre elas o hospital, e as diretrizes de como deveria ser o atendimento nesse hospital. Essa

experiência atesta a dinâmica da participação popular na área da saúde nesse município.

O Movimento Popular de Saúde e o Movimento Pró-Hospitais dele decorrente tiveram um papel importantíssimo no sistema de saúde local, sendo que uma de suas maiores conquistas foi o Hospital Geral de Itapecerica da Serra.

Porém, esse movimento em Itapecerica da Serra, não vive mais as experiências de grande mobilização e atuação junto à comunidade. O grupo *que partilhava essa identidade parece desarticulado, ainda que alguns deles* permaneçam presentes na vida política associativa do município, que é significativa. Paradoxalmente, sua desarticulação pode ter como uma das explicações plausíveis, a vitória obtida: a construção e funcionamento do Hospital Geral de Itapecerica da Serra.

Outras possíveis explicações para a desarticulação do Movimento da Saúde podem ser sugeridas pelos dados colhidos nas entrevistas. Sua forma de atuação consistia no envolvimento em reivindicações que extrapolavam a área da saúde, como a luta por saneamento básico, construção de escolas e creches, participação em protestos contra reformas administrativas da SES/SP. O movimento contava com um grande corpo de voluntariado preocupado com as questões sociais básicas dos moradores do município: seus expoentes realizavam visita domiciliar a acamados, promoviam a distribuição de cestas básicas para carentes, realizavam bazares beneficentes, o que de qualquer forma fez com que houvesse uma articulação com a sociedade local, seja por suas bandeiras reivindicatórias, seja pela sua atuação assistencial. Possivelmente, esse seja um dos motivos que leva uma das entrevistadas a falar que a forma de atuação dos agentes comunitários de saúde seja *uma das causas da desmobilização do* Movimento Popular, bem como a cooptação dos lideres do Movimento pelo poder público local:

> *Ele [prefeito] me convidou pra ir lá . Eu falei: eu sou Movimento Popular e eu não quero dar esse prazer ao [prefeito] (....) Eu quero ser voluntária pra quando eu gritar e falar o que eu quero falar, ninguém dizer que não. Se eu for trabalhadeira dele eu vou ficar subalterna a ele. Então eu não quero não (....) Agora não tem mais mobilização. Não tem mais porque os cabeça, uns foram trabalhar na prefeitura, de qualquer jeito eles fizeram por onde manipular aquelas pessoas (....) Eu fui ser vereadora, não podia mais mexer com o Movimento Popular. E aí, aquilo foi morrendo. (SU)*

Essa desarticulação também é reflexo do que acontece no país como um todo, e em particular em Itapecerica da Serra: os movimentos reivindicatórios e políticos, como o que atuava no município em questão, não pode ser visto como um movimento social e, portanto, não teria contribuído para uma mudança significativa na orientação cultural da sociedade. (ZIONI 2005)

Pode-se afirmar que o Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica nasceu do Movimento Popular da Saúde, o que, naquele momento, imprimiu-lhe uma prática diferenciada.

O primeiro Conselho é empossado em 1992 e não teve grande expressão. Porém, em 1993, com integrantes do Movimento Popular voltando sua atenção para o CMS, sua atuação vai ser mais dinâmica, participando, inclusive, no apoio à nomeação da Secretária Municipal de Saúde que ocupou o cargo até 2001. Somente durante o ano de 1996, devido a crises políticas no município, o Conselho teve uma atuação mais frágil. Vale lembrar que a Conferência Municipal de Saúde, realizada com outros membros na Secretaria Municipal de Saúde, não teve a mesma envergadura de outras, conforme se depreende da leitura das atas.

O papel do gestor é muito importante no que diz respeito à prática do Conselho Municipal de Saúde. Pode-se perceber pelo conteúdo das atas e pelas entrevistas realizadas que o gestor teve um papel fundamental:

incentivou a prática da participação, entendendo a importância do Conselho. São exemplos desse incentivo: a participação dos conselheiros em oficinas de territorialização, em eventos externos à Secretaria Municipal de Saúde, em visitas freqüentes às Unidades de Saúde.

Por outro lado, há que se apontar a dependência do Conselho em relação à administração, relatada em uma das entrevistas. O fato de o Conselho Municipal de Saúde não contar com espaço próprio, suas reuniões serem sempre secretariadas por funcionário da administração, e ainda, de os conselheiros não contarem com mecanismo legal sobre a rubrica orçamentária existente em nome do CMS, gera uma dependência de ordem organizacional e funcional em relação à administração. Essa dependência pode ser vista como uma das limitações sofridas pelo CMS.

Em uma das entrevistas foi possível identificar um certo receio, por parte de integrantes da gestão dos serviços, de que o CMS pudesse ser desarticulado em outras administrações. O entrevistado refere que a Secretaria Municipal de Saúde tinha o hábito de chamar os conselheiros por telefone, para as reuniões, apesar de que havia cronograma anual de reuniões pré-estabelecido, o que, segundo sua percepção, é um fator de dependência dos conselheiros, relatado como "é muito fácil você esvaziar o Conselho. É só você não ligar". Apesar disso, não se sentiu, ao longo da pesquisa, que os conselheiros pudessem deixar de participar das reuniões do Conselho por essa razão.

Vale lembrar que não existe dispositivo legal que obrigue as Secretarias Municipais de Saúde a repassarem documentos ou informações para o CMS. Isso depende sempre do gestor, e pode favorecer ainda mais a dependência do conselho à administração, contribuindo para a manutenção da hegemonia do gestor local.

A implantação e o funcionamento dos Conselhos de Unidades de Saúde parece colocar em prática a interlocução dos conselheiros com a população local. A consciência de que cada território apresenta um diferente perfil epidemiológico e, portanto, diferentes necessidades, faz com que esta forma de organização mereça destaque. Vale lembrar que esse tipo de Conselho não é de constituição obrigatória na legislação do Sistema Único de Saúde, constando na Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde que inscreve que "O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais *Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera* correspondente". Os Conselhos de Unidades de Saúde em Itapecerica da Serra foram criados em 1994.

Primeiramente, destaca-se o processo eleitoral para se compor esses Conselhos. Conforme relatos e posteriormente verificado em livros do Acervo da Saúde de Itapecerica da Serra, acontecem verdadeiras mobilizações em torno das eleições, como relatado por um entrevistado "*era uma disputa. Tinha... a eleição não era obrigatória, votava quem queria, quem estava acompanhando o processo. Tinha 700, 900 eleitores que votavam nas Unidades Básicas, em cada Unidade Básica, pro Conselho de Unidade Básica de Saúde*".

Os candidatos a conselheiro pelo segmento usuário fazem "campanha eleitoral" e conseguem mobilizar um contingente significativo de "eleitores". Toda essa mobilização faz com que os conselheiros tornem-se pessoas visíveis frente às suas comunidades e passem a ser interlocutores de demandas dessa população.

Não se pode afirmar que haja uma continuidade constante da participação popular nos Conselhos de Unidades de Saúde, apesar de as reuniões serem abertas. Pode-se verificar que, em bairros onde as reuniões

são feitas em locais fora da Unidade de Saúde, como no Jardim Júlia, há uma maior participação, porém quase sempre motivada por algum tipo de demanda específica.

Destaca-se a quantidade de conselheiros que, na última eleição municipal, concorreram a uma vaga no legislativo. No período estudado, duas conselheiras foram eleitas vereadoras em períodos diferentes, sendo uma delas conselheira representante da administração e outra representante dos usuários. Possivelmente a visibilidade promovida pela participação no Conselho Municipal de Saúde seja o fator determinante para que os partidos políticos assediem os conselheiros, assim como inspirem os próprios conselheiros a que acalentem esse desejo.

Cada Unidade de Saúde elege também os representantes do segmento trabalhadores entre seus pares. O colegiado formado pelos conselheiros das Unidades de Saúde elege os representantes dos usuários e trabalhadores para o Conselho Municipal de Saúde.

Pode-se apontar lacunas na participação, principalmente em relação ao segmento dos trabalhadores. Nas atas e nas reuniões observadas pela pesquisadora, o segmento dos trabalhadores quase não se pronunciou. Nas atas, há fortes manifestações desse segmento somente quando da discussão de aumento salarial proposto aos médicos (1993). A representação da Secretaria de Estado da Saúde também é quase ausente, manifestando-se apenas para esclarecimentos. Ainda que nas Conferências Municipais tenham estado em pauta questões ligadas à vida do servidor, como o plano de cargos, salários e carreira, não há essa discussão nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

São grandes as dificuldades para que a participação no Conselho Municipal de Saúde cumpra com as competências que lhe atribui a lei. O Conselho pode ser entendido como um espaço de gestão compartilhada,

tanto do ponto de vista legal quanto do desejado pelo Movimento da Reforma Sanitária. Mas a prática ainda está distante de concretizar esse ideal. Pode-se apontar como pontos dificultadores:

- os próprios profissionais da saúde que devido à especificidade de cada área de atuação, têm dificuldades em compreender o sistema de saúde como um todo;
- informações fundamentais para a tomada de decisão nem sempre estão disponíveis – é comum encontrar-se nas atas discussões sobre, por exemplo, PPI-ECD (Programação Pactuada e Integrada – Epidemiologia e Controle de Doenças) somente na época da aprovação necessária para encaminhar-se o processo ao Ministério da Saúde para o repasse de recursos. O mesmo acontece com a discussão sobre indicadores de saúde (mortalidade materna e infantil, só para citar-se os exemplos mais usuais);
- A quantidade de normas (portarias, leis, instruções normativas etc.) e siglas torna-se um desafio quase intransponível até mesmo para os técnicos da área da saúde;
- *O próprio acesso a reuniões, quer seja do Conselho de* Unidades de Saúde, quer seja do Conselho Municipal de Saúde não é fácil. Não há uma forma eficiente de divulgação desses encontros para facilitar o acesso da população que não faz parte oficialmente do Conselho;
- A prestação de contas, os balanços e balancetes que são de difícil compreensão, mesmo quando instrumentos facilitadores são utilizados;
- A gestão dos recursos da saúde, ainda que formalmente exista um Fundo Municipal de Saúde, está a cargo da Secretaria de Finanças, aumentando a dificuldade de acesso do conselheiro a informações de ordem financeira.

O levantamento de problemas de saúde detectados pelos Conselhos de Unidades de Saúde é feito de forma empírica, conforme a sensibilidade do conselheiro como mostrado nas entrevistas em que a conselheira fala dos altos índices de gravidez na adolescência e de partos prematuros. Apesar de os dados oficiais revelarem um alto índice de criminalidade no município, nenhum dos conselheiros apontou este fator como relevante para a saúde pública, ou ainda, verificou-se um questionamento sobre o problema da Dengue ainda que essa região não sofresse infestação do mosquito causador da doença. A prestação de contas apresentada na VI Conferência Municipal de Saúde resumiu-se a apontar as obras, reformas e aquisição de equipamentos realizados para a área da saúde.

Para fazer frente a essas dificuldades, propõe-se a capacitação de conselheiros para o exercício de suas atribuições. Em Itapecerica da Serra, houve momentos muito interessantes de capacitação como o relatado nas entrevistas: a participação nas oficinas de territorialização e a capacitação para a gestão 2000 a 2002 dos Conselhos, que incluiu o levantamento da história da cidade e de cada bairro. Há, hoje, cento e vinte conselheiros atuando nos Conselhos de Unidades de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, e somente oito deles participaram do curso oferecido pelo Ministério da Saúde. É questionável que a capacitação seja feita pelo próprio gestor, mas como apontado nas entrevistas, capacitar apenas parte dos conselheiros é mais questionável ainda. Acredita-se que a capacitação deva ser desenvolvida no local de atuação do conselheiro, pois é a sua percepção sobre os determinantes do processo saúde-doença que deve reger sua ação.

Mesmo que essa participação se traduza somente na demanda por serviços, ou seja entendida, principalmente, como forma de "ajudar o próximo". Vale lembrar que existe efetivamente uma discussão coletiva em espaço público.

Se a prática dos conselheiros pode parecer limitada, considerando-se o que se define como "controle social", sua disposição e disponibilidade em relação à vida social e coletiva merecem destaque e respeito.

Ainda que a tradição de mobilização do Movimento Popular de Itapecerica da Serra pareça esquecida ou menos visível, sua atuação – desde os anos 80 – criou esse desprendimento pessoal que inspira alguns atores do município para a tarefa da participação.

Depois de 15 anos de existência do Sistema Único de Saúde, é importante que a questão das práticas dos Conselhos de Saúde fosse melhor refletida. Não se deve preparar as pessoas para verificarem se o município está ou não cumprindo metas, mas principalmente para compreenderem o significado do processo saúde-doença, para que se desenvolva um movimento para a transformação desses determinantes, visando a promoção da saúde, para que sejam despertadas habilidades que possibilitem às pessoas o controle sobre a qualidade de vida de um bairro, de um município. Segundo a "Carta de Otawa", promoção da saúde pode ser definida como: "Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". É esse o sentido que precisa ser inculcado na prática dos Conselhos Municipais de Saúde e, em particular, no de Itapecerica da Serra: fazer com que o Conselho deixe de funcionar de forma modular e comece a olhar para fora do círculo da saúde.

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objeto o estudo da organização e da atuação do Conselho Municipal de Itapecerica da Serra, em especial no que se refere ao processo decisório sobre as diretrizes da política de saúde local, considerando-se o período de 1993 a 2002.

O aparato legal do Sistema Único de Saúde é fundamental para a participação social no SUS e reveste os Conselhos Municipais de Saúde de importância, pois se constituem em fóruns privilegiados de debate e de *decisão sobre o sistema de saúde, isso porque têm a proximidade* necessária com a população e com o poder constituído para influenciarem os destinos da coisa pública.

Isso não garante, porém, que as práticas desses Conselhos influenciem a melhoria da qualidade de vida da população, podendo-se apontar fatores limitantes da participação: a especificidade do sistema da saúde, a falta de acesso a informações fundamentais para a tomada de decisão, a quantidade de normas e siglas, a falta de formas eficientes de divulgação das reuniões, prestações de contas de difícil compreensão e dificuldade de acesso a informações de ordem financeira.

É de grande importância ressaltar-se os diferenciais que foram encontrados nesse estudo. Primeiramente, o fato de o Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra ser oriundo de um Movimento Popular de Saúde imprimiu uma dinâmica na participação do Conselho, chegando a influenciar na indicação da Secretária da Saúde em 1993. Com a conquista de sua maior reivindicação, o Movimento arrefeceu e pode-se verificar que também houve um enfraquecimento da participação social no Conselho Municipal de Saúde.

A criação dos Conselhos de Unidades de Saúde é outro ponto a ser destacado. A dinâmica das eleições para esses conselhos imprime visibilidade e legitimidade ao conselheiro. O colegiado formado por esses conselheiros eleitos nas Unidades de Saúde (usuários e trabalhadores) elege seus representantes para o Conselho Municipal de Saúde, fazendo com que os conselheiros tornem-se um elo entre a Unidade de Saúde e o CMS. As reuniões mensais realizadas nos Conselhos de Unidades são a base da pauta levada pelos conselheiros ao CMS.

O segmento dos trabalhadores é o que menos faz uso da palavra nas reuniões do Conselho. Sua participação é tímida e, durante as entrevistas, busca ressaltar as qualidades dos seus "superiores". Vale lembrar que os trabalhadores são eleitos por seus pares, tanto nas eleições para os Conselhos de Unidades, quanto para o Conselho Municipal de Saúde.

Podem-se identificar, aplicando a técnica da análise temática, três temas: Operacionalização do Conselho Municipal de Saúde; Funcionamento do Sistema de Saúde; Formas de Organização.

A "operacionalização" do Conselho Municipal ocupa 39% do conteúdo das atas da amostra e é, fundamentalmente, uma preocupação revelada pelos gestores durante as entrevistas, possivelmente, devido ao fato de toda a documentação do Conselho ficar a cargo de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

O "funcionamento do sistema" ocupa 28% do conteúdo das atas da amostra, apresentando maior participação dos usuários devido ao número de exposições referentes às queixas sobre atendimento, a falta de médicos, o envolvimento com o Movimento Pró-Hospitais, que reivindicava a construção de um hospital, e problemas de acesso ao sistema de saúde. A administração participa desse item, fundamentalmente, dando informes da Secretaria Municipal de Saúde sobre programas desenvolvidos e

promovendo palestras sobre Normas Operacionais do SUS ou sobre programas a serem desenvolvidos no município. A preocupação com a ampliação e reforma da rede física da saúde foi abordada nas Conferências Municipais de Saúde, sendo que em sua maioria foram realizadas. Nas entrevistas, ainda que os conselheiros reconheçam que ainda há grandes problemas a serem resolvidos, enaltecem a qualidade do sistema de saúde local.

O tema "formas de organização" ocupa 33% das atas da amostra e refere-se à mobilização em torno do Movimento Pró-Hospitais (até 1998), formação de comissões eleitorais e para a realização de Conferências Municipais de Saúde, participação em movimentos e eventos ligados à saúde, discussões sobre representatividade da sociedade no Conselho, fiscalização, questionamentos.

Sobre o tema "formas de organização" destacam-se, da leitura das atas e das entrevistas, os seguintes aspectos:

- **Motivação**: a motivação de alguns Conselheiros para participarem desse colegiado ter sido provocada por aspectos pessoais (doença/morte na família) ou a convite de amigo/conhecidos;
- **Disputa**: haver uma disputa entre o segmento dos trabalhadores para entrar no Conselho;
- **Expectativa positiva**: todos os Conselheiros entrevistados apontarem uma expectativa positiva em relação à participação no Conselho;
- ***Partidarização do CMS***: a grande quantidade de conselheiros que se candidataram a um cargo na câmara de vereadores na última eleição, possivelmente decorrente da visibilidade proporcionada pelo Conselho. Os entrevistados, no geral, atribuem um impacto negativo em relação à partidarização do Conselho e o relato de experiência bastante negativo de uma das entrevistadas, que foi eleita vereadora;

- **Atuação do Conselho**: os Conselheiros atribuem grande importância ao Conselho, apontando-o como um dos fatores para a melhoria da área da saúde no município;
- **Recurso à legislação**: o discurso ancorado em leis, revelando uma necessidade de se legitimar ou mostrar conhecimento sobre o SUS ou reforçar o aspecto democrático do Conselho, já que as citadas leis foram fruto de um movimento/ ou simplesmente é um jargão muito difundido na área da saúde e incorporado pelos conselheiros;
- **O entendimento sobre participação**: os segmentos dos usuários e dos trabalhadores entendem que a participação é baseada em conquistas ou em "ajudar o próximo";
- **Profissionalização**: alguns conselheiros do segmento usuário procuram brechas na lei para poderem exercer um novo mandato no Conselho ou ingressarem em Conselho de outro setor (educação, habitação, etc.).

Outros temas relevantes encontrados através da leitura das atas são apresentados a seguir:

- **Representatividade**: A discussão sobre representatividade no Conselho ocupa lugar de destaque até o ano 2002, quando, finalmente, foi aprovada uma nova redação da lei de criação do Conselho Municipal de Itapecerica da Serra, eliminando a participação de vereadores nesse colegiado.
- **Conferências**: As Conferências Municipais de Saúde acontecem a cada dois anos (em 2004 houve a VI). São sempre precedidas de pré-conferências para discussão de temas, eleição de delegados e proposituras para serem debatidas nas Conferências. O tema central é reflexo do momento vivido pela Secretaria Municipal de Saúde. As resoluções das Conferências servem de base para elaboração dos Planos Municipais de Saúde.
- **Fiscalização**: Há vários registros em atas referentes à fiscalização, demandas e questionamentos sobre os mais variados assuntos, e

surgem com menor intensidade os registros de deliberações do Conselho.

Sobre a capacitação dos conselheiros, destaca-se que elas ocorreram fazendo-se uso da técnica de territorizalização, ou ainda, com levantamento da história do município e dos bairros, visitas às Unidades de Saúde, além de palestras sobre o Sistema Único de Saúde. Os conselheiros que estão participando do atual mandato não passaram por nenhum tipo de capacitação, à exceção de oito deles que participaram de curso oferecido pelo Ministério da Saúde. Há necessidade de se aprimorar o conhecimento *dos Conselhos de Unidades de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde* sobre o processo saúde-doença para que alcancem um novo patamar na sua atuação, ou que se resgate e aprimore o grau de participação proporcionado pelo envolvimento do Movimento Popular da Saúde.

Para finalizar, pode-se afirmar que participação social no Conselho Municipal de Itapecerica da Serra apresenta limitações, mas pode-se dizer que, se o "controle social" preconizado pelo SUS ainda não é exercido em sua plenitude, por outro lado, tem-se por parte dos conselheiros, grande desprendimento e disposição para a participação na vida pública.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Coordenação de Informação , Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília (DF); 1994.

Bobbio N; Matteucci H; Pasquino G. **Dicionário de política**. Brasília (DF): Editora da Universidade de Brasília; 1991.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: IMESP; 1988

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Publicações Técnicas nº 2**, CONASEMS, Porto Alegre; 1992.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Publicações Técnicas nº 2**, CONASEMS, Porto Alegre; 1992.

Cardoso MRL - **Avaliação do modelo de gestão "Organização Social/Hospital de Itapecerica.** [online]. Disponível em <URL: http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1999/car001.pdf> [2005 jan 10]

Cohn A e Elias PE. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez Editora/CEDEC; 1996.

Correia SMV. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz.; 2000.

Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias** 2002; 7: 18-49.

Gerschman S. **A democracia Inconclusa.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Gohn MG. **Conselhos Gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez.; 2001. (Coleção questões da nossa época; v.84).

Dallari SG. A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde. Aspectos legais do SUS. In: Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS:textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília (DF); 1994.

ITAPECERICA DA SERRA . **Lei complementar nº 15 de 22 de novembro de 2002.** Dispõe sobre a competência e composição do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

Laville C. e Dionne J. **A Construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1999.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis - Revista de Saúde Pública Coletiva** 1991; 1 (1): 77-96.

Mendes EV. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993; Rio de Janeiro: Abrasco.; 1993.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 333**. [online]. Brasília (DF); 2003. Disponível em <URL: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm> [2004 nov 05]

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Participasus: Política nacional de gestão paticipativa para o SUS**. [online]. Brasília (DF); 2004. Disponível em <URL: http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/exibedetalhes.cfm?PublilD=601> [2004 mar 23]

Minayo MCS. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.;1993.

Minayo MCS e Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública** 1993; 9 (3): 239-262.

Queiroz MIP. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. 2ª ed. São Paulo: CERU e FFLCH/USP; 1983.

Quivy R e Campenhoudt LV. **Manual de investigação em ciências sociais**. 1ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações Ltda; 1992.

Silva SF. **Municipalização da Saúde e poder local - sujeitos, atores e políticas. São Paulo**. São Paulo: Hucitec; 2001.

Zioni F. **Pesquisa participante: relato e avaliação de uma experiência.** São Paulo; 1994. [Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Zioni F. **Participação política e saúde em Pindamonhangaba**. São Paulo; 2005. (mimeo)

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Como você ficou sabendo da existência do Conselho Municipal de Saúde?

Por que você participa do Conselho Municipal de Saúde?

Como é sua participação no CMS?

Você se sente representante do seu segmento?

Como se dá essa representação?

Como você vê a importância do CMS?

Qual era sua expectativa quando assumiu o CMS? E agora?

Como você vê o Sistema de Saúde Local?

Você tem planos de continuar a participar, após o término desta gestão, deste Conselho ou de outra forma de organização?

Você já foi ou pretende candidatar-se a um cargo de vereador? Porque?

Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO II

ATA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

ATA DE REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAPECERICA DA SERRA DE 18 DE MARÇO DE 2004

Aos dezoito dias de março de dois mil e quatro, às quatorze horas, na Sede Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, *sito à Avenida Eduardo Roberto Daher, 300, Parque Paraíso,* Itapecerica da Serra, reuniram-se os membro do Conselho Municipal de Saúde, a saber: Dra. Vera Lúcia Mascarenhas de Carvalho, Nadir Bernardo Cardoso, Giomar Pires de Proença, Maria Marques S. da Silva, Emilia Noriko Tsuguta, Terezinha Rodrigues de Oliveira Nilo, Maria Lucia da Silva Milagre, Dilce Terezinha de Rodrigues Moraes, Maria da Glória Cruz Abraão, João Marcos de Carvalho, Dra. Raquel Zaicaner, José Geraldo Martins, Dra. Jane Rodrigues de Campos Tonetti, participaram também os convidados Rosangela Aparecida da Silva e Jaqueline (da DIR V Osasco). Dra. Vera inicia a reunião falando sobre a pauta: abertura da\Maternidade Municipal; verba a ser utilizada no Programa DST/AIDS/HIV no valor de R$14.986,76 (quatorze mil,novecentos e oitenta e seis reias e setenta e seis centavos) e a sugestão do Conselho da UBS Valo Velho sobre as alterações de datas de eleição do Conselho, para que a aprovação de contas ocorra na mesma gestão. Dra. Vera apresenta também resposta do Governador do Estado, onde Itapecerica da Serra será contemplada com equipamentos e mobiliários para a implantação do CAPS, ainda não temos sede definitiva para sua instalação. O recurso da verba do Programa de DST/AID/HIV será utilizado com adolescentes da 7ª série, serão 100 alunos que participarão através de oficinas com os temas: Sexualidade, Prevenção de gravidez e *outros. Uma das oficinas irá ensin-á-los a fazer um filme sobre o tema, outra* oficina será o teatro e a outra seria a elaboração de um calendário/agenda, a

serem distribuídos nas escolas envolvidas e Unidades de Saúde, ressaltando que o tema será sempre o mesmo. Sobre a Maternidade, estamos necessitando de recursos, estamos estudando todas as possibilidades para que a mesma seja aberta com toda a equipe necessária. Teremos na Maternidade 26 (vinte e seis) leitos para partos e 06 (seis) leitos para pequenas cirurgias. Dra. Raquel esclarece que para abrir a Maternidade deveríamos ter verba externa ou, se não conseguirmos precisamos direcionar praticamente toda a verba para a maternidade. Conta ainda que a resposta inicial para a verba externa é negativa, porém, continuaremos tentando. No Ministério da Saúde, foi sugerido que o município solicite ampliação do teto junto ao Estado. Vamos tentar abrir a Maternidade em maio deste ano. Foi apresentado o Plano de Custeio da Maternidade que foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A intenção é que a Maternidade seja considerada "Amiga da Criança" com isto o marido ou acompanhante da parturiente poderá entrar e assistir ao parto. Sr. Geraldo pergunta se quando o parto é de alto risco, se isso pode ser percebido pelo médico. Dra. Raquel explica que sim e esclarece quais os sintomas e fluxos para os partos de alto risco. Foi solicitado uma visita ao Centro de Controle de Zoonoses e à Maternidade. Foi sugerido e agendado para o dia 05 de abril às 8:00 horas, sairá um ônibus da\Secretaria de Saúde para levar os conselheiros até o local. Foi colocado como sugestão para que o Hospital Geral de Itapecerica da Serra – HGIS, realize uma campanha de doação de sangue. Foi colocado em discussão o assunto da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde, precisamos defini-la. Nadir candidata-se a vice presidente e indica a Dra. Raquel para presidente e Dra. Raquel candidata-se para o Cargo. João Marcos lembra que qualquer conselheiro municipal pode candidatar-se para presidente, porém apóia a indicação da Dra. Raquel. Maria Lucia candidata-se a primeira secretária e o Sr. Geraldo como segundo secretário. As pessoas acima foram eleitas para os cargos em questão. Dra. Raquel explica as dificuldades que estamos tendo em relação à Eletropaulo para terminar as obras do Pronto Socorro e Maternidade e também a zoonoses, o que pode atrasar a inauguração dos

prédios. Coloca também que com a inauguração da maternidade poderemos fazer todos os partos de Itapecerica da Serra e uma porcentagem de partos de Embu-Guaçu e São Lourenço. Dra. Raquel apresenta Jaqueline, que trabalha na DIR V Osasco que vai expor seu projeto de pesquisa cujo tema é "A prática do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra" e que a idéia é fazer entrevistas individuais com os conselheiros de saúde e analisar a documentação e histórico do Conselho. Esse é um trabalho acadêmico de mestrado, esclarece Jaqueline que explica maiores detalhes sobre sua tese e como serão as abordagens. O Conselho aprova o trabalho da mestranda. Dra. Raquel passa para o Conselho que está fazendo doutorado e sua tese é sobre Itapecerica da Serra. Como o município foi considerado um dos mais violentos, o tema é "Representação social da violência". Serão utilizados três grupos de pessoas: o primeiro seria um grupo de pessoas que sejam parentes dos que morreram, outros são vizinhos e outros formadores de opinião. Conta-se história e as pessoas comentam sobre elas. A tentativa é buscar qual o sentido que as pessoas dão à violência, o significado da violência para planejar programas para trabalhar o problema. Sobre o curso de conselheiros definiu-se que irá acontecer entre junho e agosto. João Marcos pergunta sobre a direção da Unidade Básica de Saúde Branca Flor. Dra. Raquel esclarece que na segunda-feira será apresentado o(a) novo(a) diretor (a). Nadir quetsiona sobre a direção da UBS São Pedro, Dra. Raquel explica que ainda está em estudo. Foi decidido encaminhar à DIR V e ao Conselho Nacional de Saúde a carta que relata os incidentes ocorridos na viagem da última Conferência Nacional de Saúde, escrita pelo conselheiro João Marcos. A próxima reunião será dia 15/04/2004. Encerra-se a reunião.

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: "A Prática do Conselho Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra e a Proposta de Participação do Sus"

Essa pesquisa, realizada como condição parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, objetiva produzir conhecimento sobre a participação social na área da saúde. O Sistema Único de Saúde é um sistema essencialmente democrático e traz entre suas diretrizes a participação social como um de seus pilares de sustentação, podendo-se afirmar que seu aprimoramento é de fundamental importância para o desenvolvimento do SUS bem como para a construção da cidadania.

O conhecimento produzido poderá indicar formas institucionais de organização dos Conselhos Municipais de Saúde que contribuam para o aprimoramento da participação social no SUS.

Pesquisadora Responsável.

Eu, _____

afirmo que, após ser informado sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa acima referida, concordei em conceder a entrevista à pesquisadora responsável pela mesma, a qual expressou seu compromisso de resguardar a identidade do entrevistado e zelar pelo sigilo em torno das informações confidenciais recolhidas, bem como de providenciar a divulgação dos resultados da pesquisa.

Estando então de acordo com os termos da pesquisa e ciente de que não há necessidade de qualquer procedimento de coleta de material biológico ou informação clínica sobre o entrevistado, assino esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, ___ de _____de _____

_____

Entrevistado (a)

_____

Jaqueline De Pascali
Pesquisadora Responsável
Rua Angelo Menoncello, 96
05327-070 – Pq. Continental – SP
Fone: (11) 9876-1964 / (11) 3766-2265

Nome:

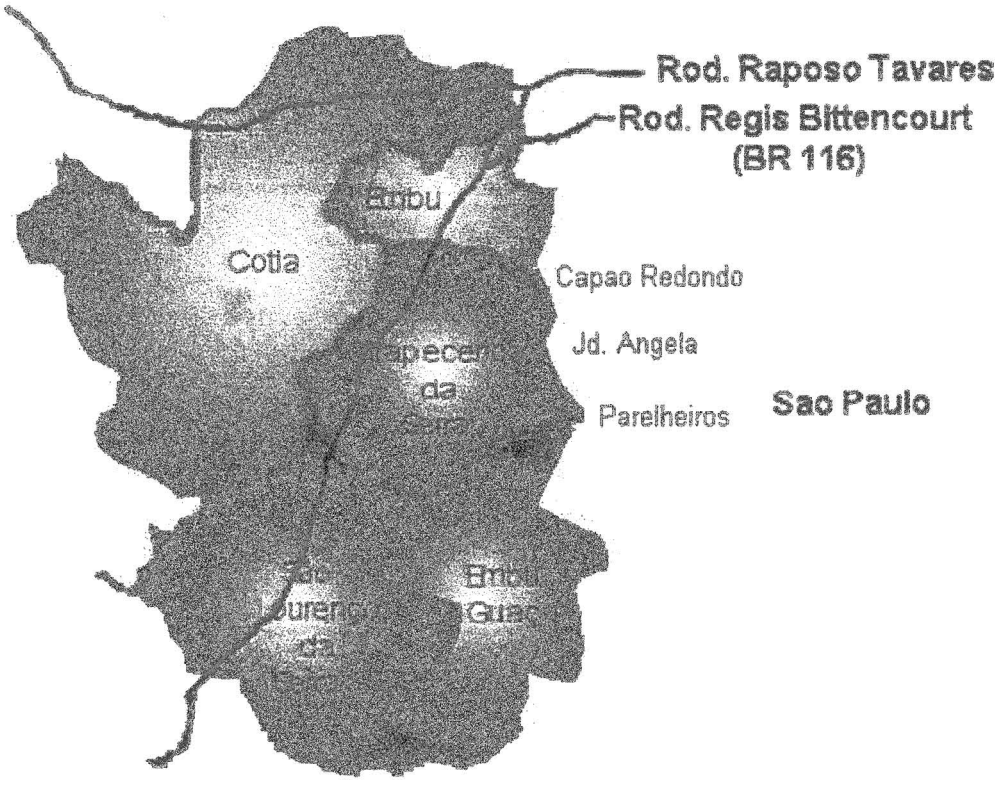
RG:

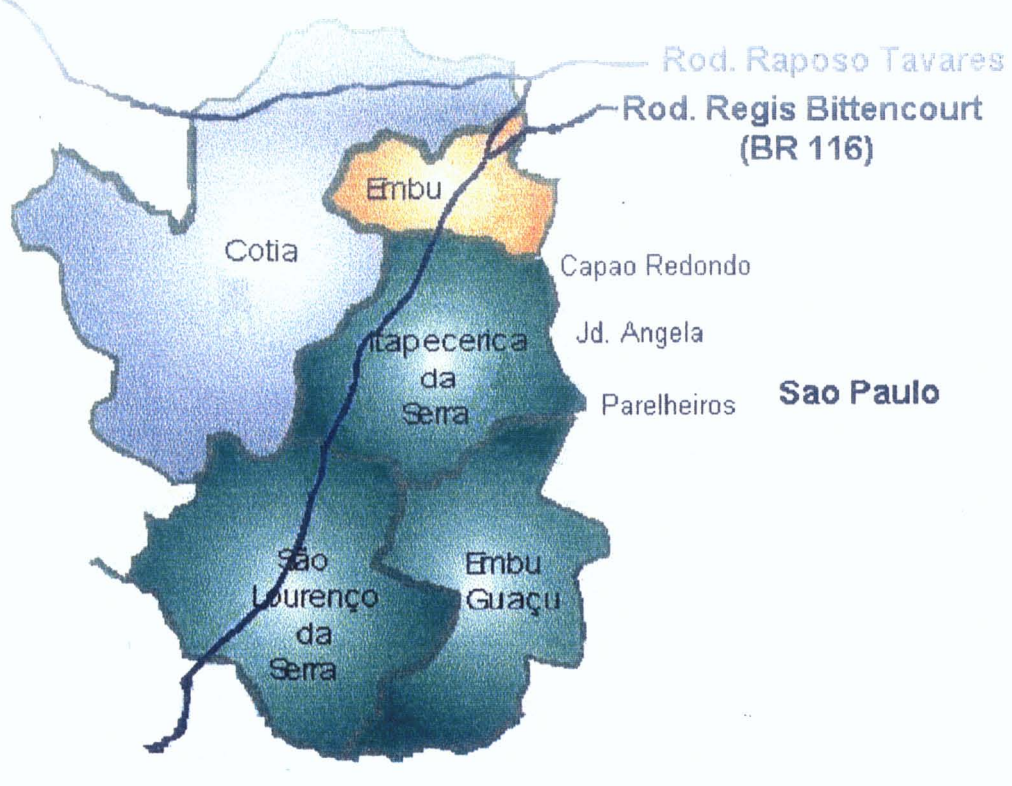
Endereço:

Telefone:

Anexo IV

MAPA 1 - ITAPECERICA DA SERRA E SEUS LIMITES GEOGRÁFICOS



Anexo IV

MAPA 1 - ITAPECERICA DA SERRA E SEUS LIMITES GEOGRÁFICOS