

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE
RIBEIRÃO PRETO - S.P.**

MARIA DE LOURDES GONÇALVES

Ribeirão Preto

1999

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE
RIBEIRÃO PRETO - S.P.**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor, na linha de pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

MARIA DE LOURDES GONÇALVES

Orientadora: Prof^a. Dr.^a MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA
Prof^a. Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Ribeirão Preto

1999

Dedicatória

“Dedico esta tese a meus queridos e saudosos pais
Barnabé e Argia, “in memoriam”, por terem me ensinado
que nunca devemos desistir de nossos sonhos;
mesmo quando parecem impossíveis”.

“Hay hombres que luchan un día y son buenos
Hay otros que luchan un año y son mejores
Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos
Pero hay los que luchan toda la vida
Esos son los imprescindibles”

Bertold Brecht

Agradecimentos

Realizar este estudo foi um sonho acalentado desde há muito tempo e bem antes de começar a fazê-lo. Assim, são muitos os sujeitos sociais anônimos que me fizeram despertar o interesse pela participação social, que não tenho como nominá-los, mas fica aqui meu profundo agradecimento.

Agradeço a Iranilde, que aceitou me orientar no primeiro ano do doutorado.

Agradeço a minha orientadora, Cecília, que concordou em guiar meus passos para conseguir realizar este trabalho, pela paciência, sabedoria e amizade demonstrada durante todo este período. Sem a sua ajuda não teria conseguido. Também ao Jaime, agradeço por receber-me sempre tão gentilmente em sua casa, para orientação com Cecília.

Agradeço a todos os sujeitos sociais, Conselheiros do CMS de Ribeirão Preto, bem como os Gestores, os quais possibilitaram a concretização deste trabalho, concedendo, gentil e pacientemente, suas entrevistas.

Um agradecimento especial ao Dr. Pedro Augusto de Azevedo Marques, ex-Secretário Municipal de Saúde e ex-vereador deste município, o qual me ensinou as primeiras lições políticas sobre a

importância da participação organizada da sociedade, pela conquista da Cidadania, de maior justiça social e da Democracia.

Também um agradecimento especial à Marilene e ao Valdomiro, batalhadores incansáveis, na tarefa de incentivar os moradores dos bairros a se organizarem em Associações e irem em busca dos seus Direitos constitucionais.

Agradeço também aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde que também colaboraram, prestando valiosas informações, tornando menos difícil a coleta dos dados e consulta aos arquivos do Conselho, em especial ao André.

Agradeço a Tite e a Graciete, que no exame de qualificação fizeram sugestões importantes para meu estudo. E também a pré-banca Zeza, Silvana, Tite e Juan, pelas contribuições que me permitiram aprofundar as análises da presente investigação.

Agradeço aos servidores da EERP-USP, especialmente aos que trabalham no MISB e na PG, pelas inúmeras vezes que precisei de suas colaborações, sendo sempre muito bem atendida.

Agradeço especialmente a Bibiana, a Denise e a Eliane, pela colaboração na transcrição das fitas com as entrevistas, bem como ao Pedro e à Priscila, pela colaboração na coleta dos dados empíricos.

Agradeço a Cleide e a Marluce por terem dedicado parte do seu precioso tempo para ler minhas produções, e auxiliando-me com sugestões também valiosas.

Agradeço aos meus familiares em especial a minha irmã Nenê, os meus irmãos e sobrinhos, em especial o Rafa e o Fer, pela compreensão e apoio durante a difícil fase de análise e conclusão deste estudo, aceitando meu necessário isolamento.

SUMÁRIO

Resumo

Apresentação.....	03
1 - Construindo o Objeto de Estudo e o Referencial Teórico.....	08
1. 1. O Objeto em estudo.....	08
1. 1. 1. A Reforma Sanitária brasileira.....	10
1. 1. 2. A reforma Sanitária em Ribeirão Preto.....	18
1. 1. 3. As Normas Operacionais Básicas - NOBs.....	29
1. 1. 4. A Reforma Sanitária brasileira nos anos 90.....	39
1. 2. O quadro teórico.....	48
1. 2. 1. A redemocratização do país e o projeto da Reforma Sanitária.....	49
1. 2. 2. Direito à Saúde, Participação e Controle Social: a Cidadania em construção.....	56
1. 2. 3. Os espaços de participação e constituição dos sujeitos políticos...64	
2. Metodologia.....	72
2. 1. A opção e o caminho metodológico.....	72
2. 2. O campo de trabalho.....	75
2. 3. Técnicas de investigação.....	82
2. 4. Análise dos dados.....	90
3 - O Conselho Municipal de Saúde-CMS, no exercício do Controle Social.....	93
3. 1. Perfil de atuação e Agenda Temática do CMS.....	93
3. 1. 1. A constituição do CMS.....	93
3. 1. 2. A agenda temática.....	99

3. 2. Construindo o Controle Social na ótica dos Gestores.....	136
3. 2. 1. O gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde.....	137
3. 2. 2. O relacionamento com as Comissões Intergestoras.....	143
3. 2. 3. O funcionamento do CMS.....	146
3. 3. Construindo o Controle Social na ótica dos Conselheiros.....	150
3. 3. 1. Motivação para integrar o colegiado.....	151
3. 3. 2. O espaço de participação para o segmento representado.....	176
3. 3. 3. Exercendo as atribuições.....	196
3. 4. O Direito à Saúde: identificando uma concepção.....	208
3. 4. 1. O que pensam os Gestores.....	208
3. 4. 2. O que pensam os representantes dos Prestadores.....	212
3. 4. 3. O que pensam os representantes dos Usuários.....	218
4 - Em busca da Cidadania Plena.....	226
5 - Anexos.....	234
6 - Referências Bibliográficas.....	241

Summary

Resumo

Este estudo analisou a experiência de construção da participação social no Sistema Único de Saúde, tendo como objeto de estudo o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1991-1998. Construiu-se o referencial teórico a partir da redemocratização do país e da Reforma Sanitária, abordando o objeto de estudo nas dimensões: Direito à Saúde, Participação, Controle Social e Cidadania. A metodologia foi o Estudo de Caso, na abordagem qualitativa da pesquisa em saúde. Procurou-se, a partir de Análise documental e de Entrevistas com Conselheiros e ex-Secretários Municipais de Saúde, através da técnica de Análise Temática, identificar relações estabelecidas entre os sujeitos sociais que compõem o Conselho, projetos de interesse e concepção de Direito à Saúde; buscou-se apontar limites e potencialidades do espaço de participação para a construção da cidadania. Principais limites: os temas são levados ao Conselho, apenas para aprovação, não oportunizando discussões prévias; a vinculação do Fundo Municipal de Saúde à Secretaria da Fazenda, impede Gestor e Conselho de terem autonomia na decisão do uso dos recursos; alguns segmentos não levam para o Conselho suas demandas, utilizando outros canais; o corporativismo de alguns segmentos, impede a publicização de projetos de interesse. Como potencialidade, verificou-se que os entrevistados têm no Conselho, o fórum político legítimo, para discutir e deliberar as diretrizes políticas para a saúde no município, legitimando-o, enquanto espaço público de construção do Direito e da Cidadania. Isto permitiu o funcionamento, nestes 8 anos, sem solução de continuidade.

Palavras chave: Política social; Política de saúde; Participação nas decisões; Conselheiros.

Apresentação

A inserção deste pesquisador nos movimentos popular e sanitário despertou-lhe para a importância da participação popular, por razões e objetivos comuns entre este e os atores sociais com os quais estabeleceu relações. Isto é, compreendeu que não basta a boa vontade e intenção dos técnicos para que as ações desenvolvidas sejam eficazes. É imprescindível que aqueles aos quais as ações se destinam também as entendam como necessárias, ou seja, é preciso compreender a disputa das forças em jogo.

Durante sua trajetória profissional, vivenciou, desde o início, o processo de reorganização do setor saúde em Ribeirão Preto, na década de 80, atuando como técnico, isto é, colaborando na elaboração de propostas, discutindo com representantes de trabalhadores e de usuários dos serviços desde a discussão e implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS, em 1983, até à assinatura do Convênio de Municipalização da Saúde⁽⁵⁸⁾, que, no município de Ribeirão Preto-SP, ocorreu em 27 de novembro de 1987.

Nesse percurso, conviveu com os sujeitos sociais, organizados em Associações de Bairros, compartilhando suas expectativas quanto a obter êxito na sua busca pelo direito à saúde, constituindo o “Movimento Popular pela Saúde”, no município de Ribeirão Preto. Além disso, foi membro integrante desse conjunto, como secretária eleita da Federação das Associações de Bairros de Ribeirão Preto - FABARP, entidade que congrega as Associações de Bairros desse município, no período de 1986 a 1988. Integrou ainda, a Comissão Ampliada de Saúde dessa entidade, assessorando tecnicamente, tendo colaborado na organização de Encontros sobre Saúde e Participação Comunitária, 1ª

Conferência Municipal de Saúde, entre outras atividades relacionadas ao tema Saúde e Participação Comunitária.

Participou de discussões em que os representantes dos serviços de saúde tinham resistência em ouvir e aceitar as críticas e reclamações feitas pelos representantes dos usuários.

Como exemplo citamos situações em que o serviço funciona de segunda a sexta-feira, no horário comercial, como é o caso das salas de vacinas. É evidente que este horário pode atender à necessidade de uma parte, mas não de toda a população. No entanto, é o horário adequado para os profissionais de saúde. Uma outra situação que gera conflito é o rigor com que os serviços exigem que os usuários respeitem os dias e horários marcados para seu atendimento; no entanto, nem sempre este mesmo rigor é seguido pelos profissionais.

Isto provavelmente deve-se ao fato de que historicamente o usuário, devido à ausência de canais de participação, onde pudesse colocar suas demandas, aceitou passivamente as dificuldades encontradas para ter acesso aos benefícios sociais, como é o caso da saúde.

Acreditamos, porém, que, quando queremos, podemos realizar muitas coisas, apesar dos limites impostos pelas estruturas, pela burocracia, pelas regras rígidas dos modelos centralizadores de organizar e de gerir os serviços de saúde.

Nesse sentido, concordamos com MERHY (1997)⁽⁵⁰⁾ quando aponta que devemos *“procurar construir uma rede de serviços estruturada conforme uma lógica horizontalizada de relações de ajuda”*(p.227), em que seja possível o enfrentamento e equacionamento dos problemas de saúde, com compromissos assumidos entre produtores e usuários.

No entanto, pensamos que, por melhor intenção que tenhamos nós, os técnicos, isolados, pouco poderemos fazer de efetivo para alterar o “status quo” em que, historicamente, vem-se construindo e encontra-se atualmente o acesso aos serviços de saúde, bem como dar continuidade ao

processo da Reforma Sanitária em nossa cidade e no país, a não ser com a efetiva participação da sociedade civil organizada, como prevê a legislação já existente.

Embora o texto constitucional comporte os dispositivos legais para a criação do SUS - Sistema Único de Saúde, se a população brasileira, beneficiária do mesmo não compactuar com esta idéia, o SUS não passará de idéia, de arcabouço institucional sem as correspondentes ações práticas para a efetiva melhoria da qualidade da assistência prestada pelo setor saúde.

Neste sentido, os dispositivos legais das Leis 8.080⁽⁵⁾ e 8.142⁽⁶⁾, bem como as Normas Operacionais Básicas-NOBs, deixam claro que o SUS tem, como parte integrante, os fóruns de participação da sociedade civil organizada como co-gestores do mesmo.

Vários autores têm trabalhado com a temática da participação da sociedade civil organizada buscando efetivar direitos sociais. Entre estes destacamos: COSTA (1989)⁽³⁰⁾; VALLA & SIQUEIRA (1989)⁽⁷⁷⁾; L'ABBATE (1990)⁽⁴²⁾; COHN et al. (1991)⁽²⁵⁾; (1993)⁽²⁶⁾; VALLA & STOTZ (1994)⁽⁷⁸⁾; SADER (1995)⁽⁶⁹⁾; WESTPHAL (1995)⁽⁸¹⁾; CORTES (1996)⁽²⁸⁾; (1998)⁽²⁹⁾.

Inspirados nestas e em outras importantes produções teóricas sobre este tema, e na nossa vivência no processo de municipalização da saúde, sentimo-nos impelidos a desempenhar a difícil tarefa de produzir um conhecimento, que é um recorte interessado da realidade, sobre as instâncias de participação e de decisão do SUS em nosso município.

Esperamos também, com este estudo, contribuir para o resgate de parte da história que construímos, juntamente com os demais atores sociais com os quais convivemos, nos últimos 15 anos de nossa trajetória política e profissional, buscando implantar a Reforma Sanitária no município de Ribeirão Preto.

No Capítulo 1, trazemos a construção do nosso Objeto de Estudo, que é o Conselho Municipal de Saúde, enquanto instância local de participação, e o Quadro Teórico em que está inserido, abordando-o nas seguintes dimensões: Direito à Saúde; Participação, Controle Social e Cidadania; o Projeto da Reforma Sanitária brasileira e a retomada da democracia, até os dias de hoje.

No Capítulo 2, apresentamos a nossa Opção Metodológica, que foi pelo Estudo de Caso, na abordagem qualitativa da pesquisa em Saúde; o Campo de trabalho onde desenvolvemos a pesquisa, as Técnicas de investigação utilizadas, que foram a Análise documental e Entrevistas semi-estruturadas, com Conselheiros, representantes de usuários e de prestadores, e ex-Secretários Municipais de Saúde e também como nos propusemos a analisar os dados empíricos, cuja opção foi pela técnica de Análise Temática.

No Capítulo 3, trazemos as análises e interpretações realizadas, buscando identificar como tem sido desenvolvida, na prática, a importante e não menos difícil tarefa histórica de ser Conselheiro da Saúde. Ainda neste Capítulo, procuramos mostrar como tem sido desempenhar a também importante e, porque não, difícil tarefa também histórica de ser Gestor da Saúde no nível municipal, apontando os limites e potencialidades identificados nos dois grupos. Trouxemos também, como os Conselheiros e Gestores pensam o Direito à Saúde.

No Capítulo 4 procuramos trazer, além das conclusões, alguns aspectos que consideramos como desafios a serem enfrentados, pelos mesmos atores sociais do presente estudo, os quais ainda buscam concretizar a Reforma Sanitária em nosso município e em nosso país, **Em Busca da Cidadania Plena.**

Capítulo 1: Construindo o Objeto de estudo e o Referencial teórico

1.1. O Objeto em Estudo

A opção de elegermos o Conselho Municipal de Saúde como objeto do presente estudo deve-se ao fato de que, no nível municipal do SUS - Sistema Único de Saúde, é a instância de participação e de decisão que, cotidianamente, está mais próxima dos munícipes e, na qual são discutidas e decididas as diretrizes da política municipal de saúde, sendo portanto, o local privilegiado onde os segmentos organizados podem influenciar e intervir diretamente na definição e na implementação destas diretrizes.

Outrossim, pensamos ser oportuno desenvolver este estudo, considerando que o município de Ribeirão Preto possui significativa organização popular e sindical, principalmente associações de bairros, sindicatos e associações profissionais, entidades de portadores de deficiências e de patologias, que participam do colegiado que compõe o Conselho Municipal de Saúde, atualmente.

Por outro lado, o município de Ribeirão Preto tem para a região uma importância significativa devido à sua complexa rede de serviços de saúde. Acreditamos que compreender o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde desse município, poderá ser uma referência importante para os Conselhos Municipais de Saúde das cidades circunvizinhas.

Desta maneira, considerando:

1 - que a Nova Constituição Brasileira⁽⁴⁾, promulgada em 1988, traz em vários momentos a concretização do direito de participação social e de exercício da cidadania, em busca do controle social, isto é, os diferentes segmentos da sociedade organizada, fiscalizando os diferentes níveis de governo, bem como as instituições responsáveis pela prestação dos benefícios sociais conquistados por essa Nova Constituição, principalmente nas áreas de educação e saúde, apontando a possibilidade da formação de instâncias de discussão e decisão, denominadas Conselhos de Escola, de Saúde, etc.;

2 - que a participação social nos órgãos colegiados, exercendo o controle social dos serviços de saúde, é apontada pelo conjunto de entidades representativas que compõe o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira como uma das condições necessárias e imprescindíveis para a viabilização desse projeto;

3 - que o controle social poderá ocorrer, em conseqüência da efetiva participação dos diversos segmentos da sociedade civil organizada, através de suas entidades representativas: sindicatos, associações de bairro, associações profissionais, associações de portadores de deficiências, de patologias e outros, formando os Conselhos citados acima, apontamos que:

- O recorte do nosso objeto de investigação é delimitado pelos representantes de usuários e de prestadores de serviços, que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto os quais podem ter o papel de co-responsáveis compartilhando o gerenciamento dos serviços que integram o SUS - Sistema Único de Saúde.

Entendemos que a organização da sociedade pelo direito à saúde precisa ser estudada, mesmo porque as experiências com este tema, participação popular e direito à saúde, permitem-nos dizer que, embora ainda não tenhamos conquistado tudo aquilo que é desejo dos segmentos organizados que lutam por esse objetivo, é procurando

compreender o cotidiano desses fóruns de participação que iremos avançar no sentido de aprender a exercer a prática da participação, obtermos melhores condições de saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Tendo em vista o processo da Reforma Sanitária brasileira em curso, o qual coloca como imprescindível a participação dos representantes de prestadores e de usuários, exercendo o controle social dos serviços de saúde, desenvolvemos este estudo tendo como objetivo geral:

• **analisar a experiência da gestão e do controle social do Conselho Municipal de Saúde no Município de Ribeirão Preto, na década de 90, enquanto espaço de participação para a construção da cidadania.**

Como objetivos específicos trazemos:

1 - caracterizar a constituição e organização social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto;

2 - identificar qual a concepção dos membros desse colegiado, sobre: as instâncias decisórias, a participação, o direito à saúde e o exercício da cidadania;

3 - identificar as limitações/dificuldades que os participantes do Conselho Municipal de Saúde encontram para exercerem o papel de Conselheiro.

1. 1. 1. A Reforma Sanitária Brasileira

Para realizar um estudo sobre a Participação Social na Saúde no período recente das reformas do setor no Brasil, torna-se necessário, inicialmente, trazer à tona as estratégias utilizadas pelos setores da

sociedade civil organizada em nosso país, comprometidos com uma melhor qualidade de assistência à saúde, as quais configuraram-se no Movimento pela Reforma Sanitária, em busca de uma efetiva participação política nas decisões sobre os rumos a serem trilhados na perspectiva de obter maior justiça social, o que ocorreu no país, a partir de meados da década de 70. O primeiro protagonista institucionalizado deste movimento foi o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, RODRIGUES NETO (1997)⁽⁶⁸⁾ cuja produção teórica sobre o Movimento era, e continua sendo, divulgada através da Revista Saúde em Debate.

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira, é parte do processo de redemocratização do país, gestado no final da década de 70 e nos anos 80, após 20 anos de ditadura militar, não só enquanto resultado deste período autoritário, mas também como propulsor e alavanca para reverter as enormes desigualdades sociais, a concentração de renda do país, a pobreza de parcela significativa da população. Estas forças tinham como meta a redefinição das políticas sociais. Vários grupos e setores da sociedade civil estavam engajados no projeto de reformas sociais, ou seja, os partidos políticos de esquerda, os movimentos populares, nas universidades destacam-se os departamentos de medicina preventiva e social, entidades de classes de trabalhadores da saúde, movimento médico e outros. Este movimento, na sua dimensão histórica, foi descrito e analisado por alguns autores, dentre eles destacamos ESCOREL (1987)⁽³⁴⁾ e GERSCHMAN (1995)⁽³⁸⁾.

Os defensores do processo de reformulação do setor saúde criticavam radicalmente o fato da Previdência Social sustentar o setor privado de assistência médica, fazendo este crescer com os recursos financeiros do Estado e levando à ineficácia total (administrativa, financeira e organizacional) da assistência médica pública, naquele momento, a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

Este processo culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, e que, pela primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde, contou com a presença da sociedade civil organizada, inclusive representantes de usuários, na condição de Delegados com direito a voz e voto. No total foram cerca de 4000 participantes; destes, 1000 eram delegados.

GERSCHMAN (1995, p.42)⁽³⁸⁾ no estudo que faz da Reforma Sanitária brasileira diz que

“A partir de 1983, o Movimento Sanitário ampliou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, com a ocupação de espaços nas instituições estatais da saúde, com o objetivo de produzir mudanças na política de saúde e na medida em que o próprio processo de transição à democracia o permitia. Este crescimento da proposta e do processo de reformulação da política de saúde adquiriu sua mais acabada expressão com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se definiu o projeto da ‘Reforma Sanitária Brasileira’, o qual introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente eqüitativo”.⁽³⁸⁾

Todos os que lá estiveram presentes puderam avaliar o significado de tal oportunidade de participação democrática, num dos raros momentos do verdadeiro exercício de cidadania na história do nosso país.

Além de traçar os princípios sobre os quais a assistência à saúde deveria ser prestada, a 8ª CNS, em seu relatório final, fruto do amplo debate do qual participaram todos os segmentos organizados presentes ao evento, definiu a saúde com uma concepção abrangente e não apenas como sendo ausência de doença e prestação de serviços médico-assistenciais, a saber:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente,

trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”(p.2).⁽²⁾

Observamos que o texto acima aponta importantes condições sem as quais a saúde não se realiza plenamente pois, é resultado concreto de fatores políticos, econômicos e sociais. Mostra-nos também que saúde plena é algo a ser conquistado, não só do ponto de vista individual, mas principalmente coletivo.

Podemos ainda, pressupor, a partir dessa conceituação ampla de saúde, que sua concretização plena carece, sobretudo, de uma sociedade democrática, em que as contradições não sejam ignoradas e os diferentes interesses em jogo, no que se refere à saúde, possam ser debatidos, negociados e equacionados. Utilizando de formas explicativas das ciências sociais podemos também afirmar que a saúde enquanto fenômeno social, em uma realidade concreta, deve ser analisada “*como algo que, em sendo estruturado, é também estruturante*” dessa mesma realidade concreta, TEIXEIRA (1995, p.29)⁽⁷⁴⁾. O Movimento da Reforma Sanitária demonstrou esta força estruturante em direção a conquistar e reforçar o processo democrático no país.

Outro ponto importante a ser destacado da definição de saúde adotada no relatório final da 8ª CNS é o que considera que a saúde é algo a ser conquistado “*pela população em suas lutas cotidianas*”⁽²⁾

Neste sentido, vários debatedores que participaram da 8ª CNS, entre os quais destacamos: Jairnilson Silva Paim*, Antônio Ivo de

* Professor Adjunto de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia.

Carvalho (FAMERJ)^{*}, Néio Lúcio Fraga Pereira (CONAM)[†], João Yunes[‡] e Francisco de Assis Machado (médico sanitário), abordaram o tema da participação e controle social, apontando a necessidade de que os usuários dos serviços de saúde viessem somar, com outras forças democráticas, dando sua contribuição para a efetiva conquista do direito à saúde, transformando-se em agentes sociais do processo da Reforma Sanitária, BRASIL (1987)⁽³⁾.

Compartilhamos da relevância que é dada por esses conferencistas à participação dos segmentos da sociedade organizada, exercendo o direito de cidadania, através de sua participação, dando sua contribuição para o controle social dos serviços de saúde.

Além de ampliar o conceito de saúde e de valorizar sobremaneira a importância da participação popular para sua concretização, a 8ª CNS conclui pela necessidade da participação efetiva dos usuários nas diferentes fases de organização dos serviços e no processo de decisão do setor saúde, como se segue:

“O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços:

- descentralização na gestão dos serviços;

- (...) participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde (...)(p.4).⁽²⁾

Comentando esse relatório, o qual contempla outros aspectos também importantes para a conquista do direito à saúde, VALLA & SIQUEIRA (1989)⁽⁷⁷⁾ afirmam:

“A proposta mais importante, a nosso ver é a de estimular a participação da população organizada

^{*} FAMERJ: Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro.

[†] CONAM: Confederação Nacional das Associações de Moradores.

[‡] Secretário de Saúde do Estado de São Paulo.

nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado”⁽⁷⁷⁾

MENDES (1995, p.43)⁽⁴⁷⁾ comentando esse relatório, também destaca a importância desse princípio o qual cria e torna possível a participação do usuário na gestão do sistema de saúde, permitindo o exercício da cidadania, o que possibilitaria passarmos de uma *“cidadania regulada, base das políticas de saúde compensatórias, para uma cidadania plena que reconheça o direito igual de todos às ações de saúde”*.

O relatório final da 8ª CNS norteou também o debate que teve lugar na Assembléia Nacional Constituinte tendo servido como principal documento de subsídio para a elaboração do Capítulo da Saúde da Nova Constituição Brasileira, que foi promulgada em 1988, BRASIL (1988)⁽⁴⁾.

Desta maneira, como resultado de toda a mobilização de técnicos e da população em geral, a Constituição de 1988 contemplou o princípio acima citado. Por conseguinte, a Lei 8.080⁽⁵⁾, de 19 de setembro de 1990 - LOS-Lei Orgânica da Saúde, traz no Capítulo II, Art. 7º, item VIII o dispositivo legal que permite a participação da comunidade, através de Conselhos e Comissões de Saúde. Embora mencionando e permitindo a participação da comunidade, a LOS sofreu vetos significativos, entre eles, os artigos que se referiam à forma de organização que seria possível. Porém, em dezembro desse mesmo ano, graças à pressão do Movimento Sanitário e ao empenho de parlamentares comprometidos com a proposta da Reforma Sanitária, foi promulgada a Lei 8.142⁽⁶⁾, regulamentando a participação da sociedade, bem como definindo as diretrizes necessárias para a viabilização desses fóruns*, recuperando, pelo menos em parte, o que havia sido vetado pelo então Presidente da República.

* Art. 1º da Lei 8.142: O Sistema Único de Saúde - SUS (...) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias

Importante destacar que a própria lei que criou os Conselhos de Saúde deixou claro que a atuação destes colegiados dar-se-ia “sem prejuízo das funções do Poder Legislativo”. Ou seja, caberia aos Conselhos as atribuições de formular as estratégias e controlar a execução das políticas de saúde, enquanto que, o Poder Legislativo continuaria com a responsabilidade de legislar sobre o tema. Na prática isto significa que as decisões tomadas nos Conselhos, que necessitem de instrumentos legais (leis) para serem colocadas em prática, deverão ser aprovadas pelo Poder legislativo correspondente.

Isto não quer dizer que os Conselhos devam ser submissos nem que sejam menos importantes. Trata-se, porém do fato de que na democracia, ambos têm um importante espaço de atuação; enquanto os representantes eleitos pelo voto (vereadores e deputados) exercem a democracia representativa, os membros dos colegiados exercem a democracia direta, através da participação⁽³⁶⁾. Desta maneira, ambos têm responsabilidades complementares no sentido de viabilizar a efetiva implantação do SUS.

Para CARVALHO & SANTOS (1995, p.273)⁽²²⁾, na saúde, a democracia participativa é aquela exercida através da participação da comunidade, integrando os

“órgãos colegiados decisórios, como são os Conselhos de Saúde, quando o povo, com assento nesses colegiados (...) desempenha em parceria com o Estado, o papel que a este cabe constitucionalmente no regime democrático, além de exercer o controle social do poder.”⁽²²⁾

colegiadas: a Conferência de Saúde; e o Conselho de Saúde. (...) O Conselho de Saúde, 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. (...) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Assim, a participação de todos os segmentos envolvidos na prestação de assistência à saúde, inclusive dos usuários, exercendo o controle social da referida assistência, já está expressa em Lei, isto é, existe o arcabouço jurídico para a formação de Conselhos, com composição paritária e de caráter deliberativo.

Porém, os direitos e conseqüentes benefícios apontados na LOS não estão dados automaticamente, precisam ser construídos e conquistados cotidianamente.

Comentando a LOS, CARVALHO & SANTOS (1995, p.29-30)⁽²²⁾ mencionam *“como lembrete histórico (...) observações extraídas da Hermenêutica e Aplicação do Direito, que devem servir de pano de fundo ao intérprete e ao aplicador da Lei Orgânica da Saúde:*

24 - A lei não brota do cérebro do seu elaborador, completa, perfeita, como um ato de vontade independente, espontâneo. Em primeiro lugar, a própria vontade humana é condicionada, determinada; livre na aparência apenas. (grifo do autor)

.....
25 - Entretanto, não se deve exagerar a importância do fator coletivo, social, sobre a legislação; ele predomina, porém não de modo exclusivo. Qualquer doutrina absoluta é falsa; tudo é relativo. De menor valia do que se pensou outrora, parece hoje o coeficiente individual, porém existe, atua, não pode ser desprezado. Ora consciente, ora inconsciente, opera como encaminhador ou, pelo menos, propulsor da evolução legal. Descubra os meios para exprimir, de modo eficiente, a vontade coletiva. Não cria o Direito; porém revela-o, reduzindo-o a uma forma visível, apreciável, concreta. As contingências históricas e reais refletem-se no sentir individual; o homem objetiva em uma norma precisa o produto da consciência jurídica da coletividade”.⁽²²⁾

Justamente pelo fato de que a LOS também não brotou do cérebro dos Constituintes de 1988, mas foi o resultado de um movimento

nacional, tendo, como protagonistas, os usuários dos serviços públicos de saúde, com maior ou menor clareza do que buscavam, mas com certeza querendo que houvesse uma mudança na forma como estavam organizados e eram prestados esses serviços e, os técnicos, profissionais de saúde, que também não estavam satisfeitos com os resultados obtidos pelos serviços que prestavam. Portanto, ambos os segmentos com objetivos comuns e, pelas circunstâncias históricas, conseguiram que a Constituição de 1988 consagrasse a Saúde como Direito de todos e dever do Estado.

No entanto, as observações destacadas acima mostram, também, que o fato de o direito de participação dos usuários no controle dos serviços de saúde estar garantido por lei, apenas estabelece as condições para que esses, ao se constituírem e se organizarem enquanto sujeitos sociais, possam praticar o controle social do setor saúde. Além disso, mostra-nos que, embora com conteúdo essencialmente coletivo, as Leis são aplicadas e dirigidas aos indivíduos organizados em torno de seus projetos e estes têm um papel importante na forma como a Lei, por mais justa que possa parecer, tornar-se-á concreta em uma coletividade.

1. 1. 2. A Reforma Sanitária em Ribeirão Preto

Trazemos a seguir algumas informações sobre a inserção do Município de Ribeirão Preto no Movimento da Reforma Sanitária brasileira.

Ribeirão Preto, como outros municípios brasileiros, preparou-se para a 8ª Conferência, realizando sua 1ª Conferência Municipal de Saúde, em 09 de março de 1986, a qual contou com 650 participantes.

Para a mobilização popular, em preparação à 1ª Conferência Municipal de Saúde, foram realizadas cerca de 14 reuniões em diferentes

bairros da cidade, a fim de identificar as necessidades e reivindicações dos usuários dos serviços públicos de saúde então existentes. Das discussões e debates dessas reuniões, elaborou-se um relatório⁽³⁵⁾, o qual foi levado como contribuição do Movimento Popular pelo direito à saúde, de Ribeirão Preto, à 8ª CNS.

Assim como os demais participantes, representantes de profissionais de saúde, dos prestadores públicos*, dos órgãos formadores dos recursos humanos da área, dos sindicatos de trabalhadores, das associações de moradores e outros movimentos, a delegação de Ribeirão Preto esteve presente na 8ª CNS, nos grupos de discussão, onde foram debatidas e elaboradas as principais diretrizes de como deveria organizar-se o setor saúde em nosso país.

A realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Ribeirão Preto foi um momento importante na história da reorganização do setor, neste município, pois mobilizou vários segmentos da sociedade organizada, como: Federação das Associações de Bairros, Sindicatos de Trabalhadores, Comissão de Mulheres, Associações de Classe, Associação dos Aposentados e Pensionistas, Centros Acadêmicos, Universidades, Partidos Políticos, Câmara de Vereadores, além dos órgãos responsáveis pela prestação dos serviços nos níveis Municipal, Estadual e Federal.

Importante ressaltar que a mobilização em torno da realização da Conferência não se extinguiu com a sua realização, tendo tido inclusive, sua continuidade, na elaboração e divulgação de informes os quais chamavam a atenção para a necessidade dos grupos continuarem mobilizados para garantir que as reivindicações fossem atendidas, no âmbito municipal, e também que fossem incorporadas na Carta Magna e, conseqüentemente, na Lei Orgânica Municipal.

* As entidades representativas dos prestadores não públicos também foram convidadas porém não compareceram ao evento.

Quando da realização da sua 1ª Conferência Municipal de Saúde, Ribeirão Preto já havia assinado o Convênio das Ações Integradas de Saúde - AIS⁽⁵²⁾; portanto, já havia sido deflagrado, nesse município, a reorganização do setor saúde, e seus primeiros resultados positivos já se faziam sentir, tanto nos aspectos de mobilização dos vários segmentos já citados, presentes nas discussões acerca do tema, quanto no aumento da oferta de serviços de assistência à saúde, no âmbito municipal. As mudanças acompanhavam o que também ocorria em âmbito nacional, inclusive porque, o fortalecimento das AIS foi uma estratégia proposta pela 8ª CNS, e adotada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária⁽²⁷⁾. Acreditava-se que seria necessário ter uma rede física municipal que pudesse configurar-se como porta de entrada para o futuro Sistema Único de Saúde.

1. 1. 2. 1. As instâncias de Participação e de Decisão do SUS.

Tendo como fio condutor as transformações pelas quais o setor saúde brasileiro passou nas últimas décadas, trazemos a seguir as mudanças ocorridas no município de Ribeirão Preto, com destaque para os aspectos que tratam da inclusão da participação social no setor.

As décadas de 80-90, no Brasil, foram marcadas por profundas transformações no setor saúde. Estas transformações tiveram início ainda na década de 70, quando a Organização Pan-americana de Saúde propôs aos países membros a extensão de cobertura de assistência, como estratégia de obter “Saúde para todos no ano 2000”.

O pano de fundo de todas as mudanças propostas, no Brasil, foi a crise econômica que se instalou no maior prestador de assistência médica do país, o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS.

As primeiras mudanças concretas deram-se a partir da assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde, em 1983.⁽⁵⁷⁾

Em 1986, houve a realização da 8ª CNS, como já assinalado e, como desdobramento, propôs-se ao país o Projeto de Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que respirávamos os ares da redemocratização. Em 1987, começaram a ser assinados os convênios de Municipalização da Saúde.

A partir da conquista constitucional de 1988 que inscreve **“Saúde como Direito de todos e dever do Estado”** tem início a batalha legislativa para regulamentar a nossa Constituição, incorporar esse preceito nas legislações federais, estaduais e municipais.

Tanto os convênios das AIS quanto os convênios de Municipalização da saúde já continham exigências de que fossem criadas nos níveis municipal e estadual as instâncias colegiadas de participação e de decisão que eram as CIS*, CRIS† e CIMS‡.

Estas comissões previam a participação dos gestores governamentais, dos gestores dos serviços contratados e conveniados e apenas em alguns casos, por iniciativa dos representantes oficiais previstos na legislação a respeito, dos usuários.

Segundo CARVALHO (1995)⁽²⁰⁾ essas *“Comissões atendiam à necessidade prática de viabilizar a integração dos gestores governamentais entre si e deles com os gestores privados”*(p.44).

À medida que essas comissões foram incorporando outros segmentos organizados do setor saúde como os profissionais e finalmente os usuários, constituíram-se nos precursores dos futuros Conselhos, com a tarefa de integrar técnica e politicamente interesses de diferentes atores e/ou segmentos organizados.

* CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde (nível estadual).

† CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde.

‡ CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

Porém, foi somente a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990⁽⁵⁾ e a seguir da Lei 8.142/90⁽⁶⁾ e das NOBs, que os espaços de participação e de integração (Conselhos e Conferências) ganharam papel de destaque no plano jurídico legal do SUS, constituindo-se em instâncias de participação e de decisão. Segundo CARVALHO (1995, p.80)⁽²⁰⁾, a partir de então, o SUS passou a contar com estas instâncias, cabendo aos Conselhos de Saúde, várias funções que lhes são legalmente delegadas, abrangendo *“dois grandes campos de ações ou práticas, no âmbito do SUS: o campo do planejamento e controle da execução da política de saúde e o campo de articulação com a sociedade”*.*

Assim sendo, atendendo ao exigido pela Lei Orgânica da Saúde-LOS⁽⁵⁾, pela Lei 8.142/90⁽⁶⁾ e pela Lei Orgânica do Município⁽⁵⁹⁾, a Câmara Municipal de Ribeirão Preto aprovou, em 23 de abril de 1991, a lei municipal de nº 5.972⁽⁶⁴⁾, definindo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS Municipal. Esta lei, em seu artigo 2º diz que

“O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, no âmbito do Município de Ribeirão Preto, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas de participação da comunidade:

*I - Conferência Municipal de Saúde;
II - Conselho Municipal de Saúde;
III - Comissão Municipal de Saúde; e
IV - Comissões Locais de Saúde”*.⁽⁶⁴⁾(p.01)

A Conferência Municipal de Saúde

De acordo com o artigo 3º da lei de nº 5.972/91⁽⁶⁴⁾

“A Conferência Municipal de Saúde reunir-se-á ordinariamente, antecedendo às Conferências

* Ver mais a este respeito em CARVALHO (1995, p.80-5)⁽²⁰⁾.

Estadual e Nacional de Saúde, convocada pelo Prefeito, e, sempre que necessário, extraordinariamente, convocada pelo Prefeito ou pelo Conselho Municipal de Saúde”.⁽⁶⁴⁾(p.01)

E no seu artigo 5º esta mesma lei diz:

“Compete à Conferência Municipal de Saúde avaliar a situação de saúde da comunidade em todos os seus aspectos e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no Município”.⁽⁶⁴⁾(p.02)

O município de Ribeirão Preto realizou até o momento (06/1999) 4 Conferências, sendo a primeira em 1986, a segunda em 1991, a terceira em 1993 e a quarta em 1996. A quinta está sendo proposta para dezembro de 1999.

O Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, de acordo com o artigo 8º da Lei 5.972/91⁽⁶⁴⁾ tem a seguinte composição:

“Artigo 8º - O Conselho Municipal de Saúde, que tem o Secretário Municipal da Saúde como membro nato e Presidente, será integrado pelos seguintes membros nomeados pelo Prefeito:
I - um representante da Secretaria Municipal da Saúde indicado pelo Secretário Municipal da Saúde;
II - o Secretário Municipal do Bem-Estar Social ou um representante por ele indicado;
III - o Secretário Municipal da Fazenda ou um representante por ele indicado;
IV - o Diretor Técnico do Escritório Regional de Saúde (ERSA-50), ou um representante por ele indicado;*

* Hoje esta instância estadual é denominada Direção Regional de Saúde (DIR-XVIII-Ribeirão Preto).

- V - o Diretor Técnico do Serviço Regional da Superintendência de Controle de Endemias (SR-6 SUCEN), ou um representante por ele indicado;
- VI - o Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC) ou um representante por ele indicado;
- VII - um representante das Faculdades da área de saúde do campus, de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, indicado pelo Conselho do Campus;
- VIII - um representante dos Cursos da área de saúde das instituições privadas de ensino superior de Ribeirão Preto;
- IX - um representante das entidades privadas filantrópicas, beneficentes ou sem fins lucrativos mantenedoras de hospitais e serviços de saúde participantes do SUS;
- X - um representante das sociedades e empresas privadas, não abrangidas pelo inciso anterior, prestadoras de serviços de saúde, participantes do SUS;
- XI - um representante do Centro Médico de Ribeirão Preto;
- XII - um representante dos demais sindicatos e associações representativos de profissionais de saúde de nível superior com sede ou base territorial no Município;
- XIII - um representante dos sindicatos e associações representativos dos demais trabalhadores de saúde com sede ou base territorial no Município;
- XIV - um representante dos sindicatos e associações de trabalhadores assalariados com sede ou base territorial no Município, não relacionados com a área de saúde;
- XV - um representante dos sindicatos e associações de profissionais liberais e trabalhadores autônomos com sede ou base territorial no Município, não relacionados com a área de saúde;
- XVI - um representante dos sindicatos e associações patronais com sede ou base territorial no Município, não relacionados com a área de saúde;
- XVII - dois representantes de entidades representativas de portadores de patologia;
- XVIII - um representante da Federação das Associações de Bairros de Ribeirão Preto;
- XIX - quatro representantes das associações de bairros e de moradores de Ribeirão Preto;

XX - três representantes das Comissões Distritais de Saúde, sendo, de preferência, representantes de áreas distritais de saúde distintas”.⁽⁶⁴⁾(p.4-5)

Os membros referidos nos incisos I a XIII, são representantes dos prestadores de serviços, públicos e privados; os membros referidos nos incisos XIV a XX, são representantes dos usuários dos serviços de saúde.

Além de aprovar a criação e composição do Conselho Municipal de Saúde, a lei 5.972/91⁽⁶⁴⁾ aprovou a periodicidade de sua renovação, que é a cada 4(quatro) anos, coincidindo com a eleição do Prefeito Municipal.

Assim sendo, no ano de 1991, Ribeirão Preto elegeu seu primeiro Conselho Municipal de Saúde, o qual encerrou seu mandato em 1992. Atualmente (1999), encontra-se em sua terceira gestão.

Na segunda gestão (1993 a 1996), este pesquisador foi membro integrante do mesmo, representando um dos segmentos de prestadores de serviço, citados no inciso XII, os profissionais de saúde de nível superior, na qualidade de representante eleito.

Uma das freqüentes queixas dos Conselheiros era a falta de suplente, uma vez que a Lei 5.972/91⁽⁶⁴⁾ não prevê a existência de membro suplente, e quando o Conselheiro, por qualquer motivo fosse impedido de comparecer às reuniões, não poderia ser representado por seu substituto. Isto, fazia com que, por várias vezes, não fosse possível deliberar e votar matérias importantes para o município, por falta de “quorum”.

Por este motivo, a 4ª Conferência Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, realizada em 1996, aprovou uma proposta de que fosse viabilizado, juntamente com a eleição ou indicação do membro efetivo, um membro suplente. Isto foi colocado em prática no início da terceira gestão do Conselho Municipal de Saúde (1997 - 2000).

Desta maneira, atualmente o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto é composto de 26 membros efetivos e 26 membros suplentes.

Acreditamos que este Conselho, com a representatividade de que é composto, possui as características que permitirão uma análise abrangente e aprofundada com relação à construção da participação e do controle social. Estando em funcionamento desde 1991, e hoje, 1999, na sua terceira gestão, poderá mostrar-nos a construção do exercício da cidadania.

A Comissão Municipal de Saúde

A Comissão Municipal de Saúde é vinculada ao Conselho Municipal de Saúde e tem por objetivo atuar *“nos períodos entre as reuniões deste, de acordo com a estratégia de execução da política de saúde formulada pelo Conselho e conforme as diretrizes por ele estabelecidas”*.⁽⁶⁴⁾(p.07)

Sua composição é paritária, sendo 03 membros representantes dos prestadores e 03 membros representantes dos usuários, indicados pelo CMS e é presidida pelo Secretário Municipal de Saúde.

A Comissão Municipal de Saúde tem entre suas atribuições a responsabilidade de elaborar relatórios e pareceres, antecipadamente, sobre os assuntos que serão discutidos e aprovados ou não pelo Conselho. Suas reuniões não têm caráter deliberativo.

O Fundo Municipal de Saúde

No que se refere ao financiamento do SUS, de acordo com a Lei 8.080/90⁽⁵⁾, art.33, *“Os recursos financeiros do Sistema Único de*

Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde”(p.11).

Assim sendo, atendendo determinação legal criou-se no nível nacional, o Fundo Nacional de Saúde, no nível estadual, o Fundo Estadual da Saúde e, para que o repasse de recursos seja feito diretamente ao município, este também deve criar o Fundo Municipal de Saúde.

Desta maneira, no mesmo dia 23 de abril de 1991, a Câmara Municipal de Ribeirão Preto, cumprindo as determinações da legislação federal e municipal, aprova a lei nº 5.971/91⁽⁶³⁾ que institui o Fundo Municipal de Saúde. Esta lei, em seu artigo 1º diz que

“Fica instituído o Fundo Municipal de Saúde (FUNSAUDE), subordinado à Secretaria Municipal da Saúde e vinculado aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município, como instrumento de suporte financeiro às ações e serviços de saúde organizados, executados ou coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde, na forma das leis federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e dos artigos 165 a 170 da lei Orgânica do Município”.⁽⁶³⁾(p.01)

O Fundo Municipal de Saúde de Ribeirão Preto consta de uma conta bancária específica, a qual recebe todos os recursos financeiros que o Ministério da Saúde repassa para o município. Ainda funciona ligado à Secretaria Municipal da Fazenda e a movimentação desta conta é feita conjuntamente pelos Secretários Municipais da Saúde e da Fazenda. Todos os seus balancetes de prestações de contas devem passar por análise do Conselho Municipal da Saúde.

Para que o Executivo Municipal possa distribuir seus recursos financeiros entre as diferentes áreas que compõem a Administração Municipal, anualmente é elaborada a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, pelo Executivo Municipal e enviada ao Legislativo Municipal para a

aprovação. Nesta fase de elaboração do Orçamento Municipal é que são distribuídos os recursos que serão destinados no ano seguinte, para cada área, inclusive para a saúde.

Outro importante instrumento que orienta e direciona os investimentos do município, é o Plano Plurianual, que é elaborado a cada 4 anos, sempre no segundo ano de uma Administração Municipal, e vigorando até o primeiro ano da próxima. Esta é uma maneira de se evitar que ocorra uma paralisação da Administração Municipal por ocasião da substituição do Prefeito, de uma eleição para outra. Também é uma peça orçamentária enviada ao Legislativo por iniciativa do Executivo.

Para que o setor Saúde possa desenvolver suas atividades, bem como implementar novos programas e ações, todas as propostas precisam constar tanto do Plano Plurianual quanto da LDO, para que posteriormente possam ser destinados recursos financeiros do orçamento municipal na respectiva realização.

Para que o Conselho Municipal de Saúde exerça seu papel fiscalizador, além de analisar as prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde, precisa também conhecer o conteúdo do Plano Plurianual, da LDO e envidar esforços inclusive para participar da elaboração de ambos.

Em Ribeirão Preto, além do Conselho, da Conferência e da Comissão Municipal de Saúde, existem as Comissões Locais de Saúde-CLS, que atuam nas Unidades de Saúde. Estas Comissões são formadas por representantes da Unidade Básica ou Distrital de Saúde e dos usuários, com composição paritária. As CLS, também previstas na Lei que criou as instâncias de participação da comunidade no SUS, em Ribeirão Preto, não fazem parte desta investigação.

Embora as instâncias de participação e de decisão do SUS deste município sejam várias, inclusive atendendo determinação legal, o fórum que articula todas é o Conselho. A ele cabe: convocar e organizar as Conferências, referendar ou não as decisões da Comissão e fiscalizar a

utilização dos recursos do Fundo. Por isso o elegemos como objeto de estudo desta investigação.

1. 1. 3. As Normas Operacionais Básicas - NOBs

A partir de 1991, o SUS passa a ser operacionalmente regulamentado pelas NOBs, as quais orientam o que pode e o que não pode, o que deve e o que não deve ser feito no SUS. A primeira NOB do SUS foi a NOB 1/91⁽⁷⁾, redigida e publicada ainda em nome do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, cujas principais medidas foram: - a transferência de unidades hospitalares e postos de atendimento, federais, para os estados e para os municípios e o pagamento das ações a partir de faturas geradas, tanto pelos serviços contratados e conveniados, quanto pelos municípios e estados. Isto significou, na prática, que a União contratou todos os serviços de saúde dos estados e dos municípios para trabalhar e receber pagamento pela sua tabela, até um determinado valor máximo permitido.

Anteriormente à edição da NOB 1/91, desde que foram implantadas as AIS, os municípios recebiam os recursos financeiros da União, com base em um orçamento prévio e poderiam utilizar este recurso conforme lhes conviesse. A partir da NOB 1/91, os municípios passaram a receber por fatura, como qualquer outro prestador. Temos aqui que, a municipalização da saúde inicia-se com uma tendência muito forte de estimular as internações pelo SUS, além de colocar que a assistência à saúde deve ser realizada unicamente através da assistência médica. Isto porque, dentre os procedimentos remunerados pelo Ministério da Saúde não estavam incluídas as ações de prevenção como: vigilância epidemiológica e sanitária, não estimulando, portanto, os municípios a realizá-las.

Sobre esta NOB, trazemos também a opinião de CARVALHO et al. (1993)⁽¹⁹⁾ em que afirmam

“Tal norma restabelece olímpicamente e ao arripio da regra constitucional, a centralização e o controle dos fluxos financeiros no nível federal, convertendo as transferências financeiras intragovernamentais em pagamentos de faturas por serviços produzidos, inclusive em pé de igualdade com as empresas privadas contratadas e conveniadas e transforma o SUS num grande coletivo de entidades freneticamente produtoras de procedimentos de assistência médica”(p.52).⁽¹⁹⁾

Enquanto a estratégia inicial das AIS apontavam na direção de uma descentralização administrativa, que viria permitir que estados e municípios, à medida que fossem incorporando capacidade técnica para o gerenciamento, conquistassem autonomia, a NOB 01/91 interrompe este processo, indo, inclusive, contra a Constituição. Embora tivesse como objetivo principal, dar início às medidas que viriam permitir a implementação e operacionalização do SUS, tendo como referência a LOS, sua aplicação não permitiria atingir este objetivo, tendo em vista seu conteúdo centralizador.

Por outro lado, a NOB 1/91 continha como pré-requisitos, para que os estados e municípios pudessem receber os recursos financeiros do Ministério da Saúde, que fossem criados os respectivos Conselhos e Fundos de Saúde. Isto trouxe como consequência imediata a instalação de Conselhos de Saúde em muitos estados e municípios brasileiros, inclusive em Ribeirão Preto. CARVALHO (1995, p.69)⁽²⁰⁾ aponta que 82% dos Conselhos Estaduais e 92% dos Conselhos Municipais de Saúde tiveram sua criação a partir de 1991.

Além disso, essa NOB exigia que os municípios elaborassem o Plano Municipal de Saúde e que fosse criada uma Comissão encarregada de elaborar um Plano de Carreira Cargos e Salários - PCCS, para o funcionalismo público.

Salientamos que a exigência de que fossem criadas as instâncias acima mencionadas (Conselhos e Fundo Municipal de Saúde), acrescenta uma importante modificação na política municipal, colocando a sociedade organizada, representada no Conselho Municipal de Saúde, como co-responsável pela condução da política municipal de saúde, pelo menos no plano jurídico-legal.

A segunda Norma Operacional Básica do SUS, NOB-01/92⁽⁸⁾, editada em fevereiro de 1992, acrescenta à primeira, o critério populacional para o repasse dos recursos financeiros e introduz o envio automático dos mesmos, àqueles municípios que já estivessem cumprindo as exigências previstas na constituição, ou seja, já tivessem constituídos o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde.

Importante assinalar que no ano de 1992, o governo federal encontrava-se enfraquecido e o Ministério da Saúde, na pessoa do próprio Ministro, era alvo de graves denúncias de irregularidades administrativas. Na opinião de GERSCHMAN (1995)⁽³⁸⁾ o conteúdo desta NOB reflete o recuo do governo, o qual, encontrando-se já deteriorado, não conseguiu *“acrescentar ainda mais obstáculos ao andamento do SUS (...) Mas os recursos continuaram com as mesmas dificuldades para ser repassados aos Estados e Municípios”*(p.139).⁽³⁸⁾

Dois anos após ter sido convocada, em agosto de 1992, estando à frente do Ministério da Saúde, o Dr. Adib Jatene, foi realizada a 9ª CNS, cujo tema central era “A Municipalização é o caminho”. Embora seus resultados não tenham conseguido avançar significativamente com relação à 8ª CNS, no que se refere à operacionalização da Reforma Sanitária⁽³⁸⁾, sua realização significou uma vitória dos segmentos organizados, defensores dos direitos constitucionais com relação à saúde, levando-se em consideração o conturbado momento político em que foi realizada.

Em junho de 1993, já no governo Itamar Franco e do então Ministro da Saúde, Jamil Haddad, é editada a NOB 1/93⁽⁹⁾, a qual procura corrigir aspectos negativos da NOB 1/91, como por exemplo os mecanismos centralizadores de repasse dos recursos financeiros aos estados e municípios, e manter seus aspectos positivos, principalmente com relação à exigência de que os municípios constituíssem as instâncias de participação no SUS.

Aqui temos novamente a presença de um ator importante, o Movimento Sanitário, que cobra do governo a seguinte medida: ao invés de continuar o repasse de recursos financeiros da União, apenas com base nas faturas, que fosse retomado e ampliado o repasse através de um orçamento global para cada município. Assim sendo, a NOB 1/93 dá um novo e importante passo rumo à descentralização administrativa do SUS, propondo que cada município optasse por uma dentre as três formas de gestão: Incipiente, Parcial ou Semi-plena.

As gestões Incipiente, Parcial e Semi-Plena diferem, tanto em relação às condições de capacidade técnica do município de assumir responsabilidades de operacionalização do sistema de saúde local, com maior ou menor grau de complexidade, quanto em relação à forma de pagamento.

Na gestão incipiente, os municípios receberiam recursos financeiros, apenas pela fatura gerada com a produção ambulatorial de seus serviços próprios, enquanto que as faturas da produção dos prestadores de serviços contratados e conveniados continuariam sendo enviadas às Secretarias Estaduais da Saúde, que realizaria o pagamento.

Na gestão parcial, a forma de pagamento era a mesma da gestão incipiente, sendo que os municípios deveriam prestar conta do repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, tetos estes definidos com base em série histórica dos procedimentos realizados.

Na gestão semi-plena, os municípios receberiam um valor como teto financeiro, mensalmente, independentemente da fatura gerada e aplicariam estes recursos conforme decisão dos Conselhos Municipais de Saúde. Passariam a ter inclusive a responsabilidade de pagar, diretamente, aos prestadores de serviços contratados e conveniados (hospitais, laboratórios, etc.). Nesse tipo de gestão, os municípios deixariam de ser apenas prestadores de serviços e passariam a ser gestores do sistema municipal de saúde. Para isto, assumiriam completa responsabilidade de gestão da prestação de serviços como: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares.

Outra inovação importante contida na NOB 1/93⁽⁹⁾, foi a criação das Comissões Intergestoras nos níveis estadual e federal, as quais passaram a ser os órgãos máximos de decisão do SUS nos respectivos níveis. Uma das primeiras tarefas destas comissões foi decidir sobre o tipo de gestão que cada município iria adotar.

Desta maneira, a partir da edição da NOB 1/93, institucionalmente, o SUS passa a ser formado pelas seguintes instâncias de poder:

- Nível Municipal: Conselho Municipal de Saúde - CMS
- Nível Regional: Comissão Intergestora Regional - CIR*
- Nível Estadual: Comissão Intergestora Bipartite - CIB
 - Conselho Estadual da Saúde - CES
- Nível Nacional: Comissão Intergestora Tripartite - CIT
 - Conselho Nacional de Saúde - CNS

* A CIR de Ribeirão Preto é formada pelos Secretários Municipais da Saúde da área de abrangência da DIR-XVIII e por representantes da Secretaria Estadual da Saúde, sendo um representante da DIR-XVIII, um representante da Superintendência de Controle de Endemias-SUCEN e um representante do Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto, e é coordenada pelo Diretor Regional de Saúde da DIR-XVIII-Ribeirão Preto.

No estado de São Paulo, a CIB é formada por representantes do gestor estadual (Secretário Estadual da Saúde) e dos gestores municipais (Secretários Municipais de Saúde).

A CIT, por sua vez é formada por: cinco representantes do Ministério da Saúde, cinco representantes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais da Saúde - CONASS e cinco representantes do Conselho Nacional dos Secretários Municipais da Saúde - CONASEMS. Constitui-se no principal órgão diretor do SUS e relaciona-se com o Conselho Nacional de Saúde, sendo que este pode influenciar suas decisões.

Importante ressaltar desse novo formato institucional do SUS é que, tanto os Conselhos, como as Comissões Intergestoras são fóruns de decisão, cuja composição permite a participação do nível local, através de sua entidade representativa que é o CONASEMS.

Outra inovação importante da NOB 1/93⁽⁹⁾ foi que, aqueles municípios que optassem pela gestão Semi-plena, se julgassem necessário complementar o valor pago aos prestadores de serviços de saúde pela tabela de pagamento do SUS, com recursos próprios, poderiam fazê-lo, desde que autorizados pelos respectivos Conselhos Municipais.

Desde a aprovação da LOS, em 1990, esta NOB traz, pela primeira vez, mecanismos concretos no sentido de possibilitar às instâncias de participação e de decisão do SUS, decidir sobre a destinação dos recursos financeiros da saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional. Também, pela primeira vez, vislumbra-se a possibilidade dos segmentos organizados, representados nos Conselhos de Saúde, debaterem sobre o modelo de assistência à saúde, vigente, que em grande parte é centrado na doença e voltado para a atenção médica individual e curativa, abrindo caminho para a superação do mesmo, em direção ao projeto de atenção integral à saúde, de acordo com as deliberações da 8ª CNS.

Dando continuidade ao processo de descentralização administrativa, importante para a implantação do SUS, após quase um ano de debate no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestora Tripartite, em dezembro de 1997 foi aprovada a NOB 1/96⁽¹⁰⁾, a qual previa que os municípios deveriam optar entre dois tipos de gestão. Isto é, aqueles municípios que já encontravam-se melhor estruturados, poderiam, com a aprovação do respectivo Conselho Municipal, habilitarem-se na condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde - GPSM; enquanto que os demais poderiam passar à condição de Gestor Pleno da Atenção Básica - GPAB, ou ainda permanecerem na forma de gestão Incipiente.

Ao definir que os municípios com maiores condições operacionais poderiam tornarem-se Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde, a NOB 01/96 está, na realidade, transferindo toda e qualquer responsabilidade pela condução da política municipal de saúde, para os municípios. Isto é, *“Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal (...) esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente”*(p.06).⁽¹⁰⁾

Além disso, o gestor municipal definido nessa NOB como sendo o Secretário Municipal de Saúde, representante do governo municipal, deixa de ser apenas um gerente de serviços para ser um gestor do sistema, ou seja, deverá buscar formas de aprimorar a organização e o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde, pois *“passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”*(p.6-7).⁽¹⁰⁾

Outra decisão importante desta NOB, foi a criação do Piso Assistencial Básico - PAB, que *“consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal”* (p.20)⁽¹⁰⁾. Além disso

“Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema, (...), favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil”(p.5).⁽¹⁰⁾

Na condição de GPSM, o município passará a receber todos os recursos federais destinados à atenção à saúde, depositados diretamente no Fundo Municipal de Saúde, e terá que repassar aos prestadores, mediante apresentação de faturas, tendo, porém, autonomia para empregar o recurso nas atividades que, juntamente com o Conselho Municipal, julgar necessário. Deverá também ter condições para realizar o controle e a auditoria, tanto nos serviços contratados, quanto nos serviços próprios, o que até então tem sido realizado pelo nível estadual.

Observa-se que no momento em que o município assume a GPSM de Saúde, na verdade, quem está assumindo é o Conselho Municipal de Saúde. Historicamente isto tem um significado extremamente relevante; ao mesmo tempo que aponta para um avanço, ao democratizar as decisões, coloca toda responsabilidade pela condução da política municipal de saúde em um colegiado formado por atores que, conforme apontamos na definição do nosso objeto de estudo e no nosso pressuposto, portam diferentes projetos de interesse, sendo este um limite mas ao mesmo tempo uma potencialidade para alcançar a cidadania.

Os municípios que optarem pela condição de GPAB passarão a receber os recursos do PAB, diretamente para, também, com a aprovação do Conselho Municipal, aplicar em ações de assistência básica importantes e necessárias para o município. Além disso, continuarão recebendo e repassando, mediante apresentação de faturas, o valor a ser pago aos prestadores contratados e conveniados.

Outra inovação importante desta NOB é de que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, aos municípios, passaram a ser desagregados, isto é, separados por destinação, o que poderá facilitar a

ação de fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde. Desta maneira, os recursos que até então eram repassados, todos incluídos no teto financeiro, passaram a ter as seguintes definições:

- Atendimento Hospitalar - com base no número de Autorizações de Internação Hospitalar-AIHs;

- Atendimento Ambulatorial - composto por: PAB fixo (valor per capita, com base na população), Fração Assistencial Especializada (procedimentos de média complexidade, medicamentos, etc.) e Procedimentos de Alta Complexidade. Inclui ainda, o PAB variável, que é uma forma de incentivo aos municípios que investirem em determinados Programas como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Assistência Farmacêutica, Ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Tanto a criação do PAB, quanto o estímulo a ações focalizadas, voltadas a determinados grupos populacionais mais carentes, são propostas que, em tese, apontam para uma mudança de modelo de atenção, que de acordo com a NOB 01/96 deve ser

“transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários - as famílias. (...) a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe)”(p.15-6).⁽¹⁰⁾

Mas para BUENO (1997)⁽¹⁵⁾ a NOB/96,

“apesar de ser um importante instrumento na operacionalização do sistema e nesta versão apresentar grandes avanços na relação intergestores e na política de financiamento do SUS no Brasil, apresenta equívocos no seu processo de construção que poderão retardar efetivos avanços na qualidade da assistência que privilegie a vida e a construção da cidadania”(p.195),

ao privilegiar os municípios que investirem na implantação de determinados Programas como o de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, os quais, segundo este autor, compõem apenas uma “*cesta básica (...) para os cidadãos mínimos*” (p.194).

Quanto às prestações de contas à União, tanto o município GPSM, quanto o GPAB, deverão fazê-lo através de um relatório de gestão, onde explicitam as ações desenvolvidas e os resultados obtidos. Além disso, deverão continuar alimentando o banco de dados do Ministério da Saúde, com as informações consideradas de interesse nacional, como: nascimentos, índices de cobertura vacinal, indicadores de mortalidade, etc..

Apesar dos percalços, vimos que, através das sucessivas edições de NOBs, a Reforma Sanitária avançou, pelo menos em parte, no sentido de permitir maior autonomia municipal. A NOB 1/96, recupera, enquanto norma jurídico institucional o projeto de uma Reforma Sanitária que tenha como princípios a equidade, a atenção integral e a descentralização administrativa para o nível municipal, dando assim, instrumentos para que o gestor local decida onde e como utilizar os recursos repassados.

Vimos também que a cada nova NOB aumenta a importância e a responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde, enquanto instância deliberativa e portanto, co-responsável pela implementação do SUS municipal.

O município de Ribeirão Preto, tendo já passado pelas formas de gestão Incipiente e Semi-Plena, encontra-se hoje habilitado como Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde.

1. 1. 4. A Reforma Sanitária brasileira nos anos 90

Se considerarmos que a década de 80 foi o período em que o SUS foi concebido e institucionalizado, e nos anos 90 tivemos o desafio de sua implementação, aí vem a pergunta: até onde foi possível chegar?

Entre as dificuldades para a efetiva implantação do SUS, dois aspectos são apontados como relevantes. O primeiro deles diz respeito ao Modelo Assistencial. A Reforma Sanitária que foi proposta sob uma concepção ampliada da saúde e, a partir disto, contestando o modelo médico hegemônico, ao contrário do que foi proposto transformou-se em sua principal via de expansão e institucionalização. Fazemos nossa a afirmação de FLEURY (1997, p.36)⁽³⁶⁾, sobre esta questão, quando diz que

“se há uma frente em que a Reforma Sanitária foi amplamente vitoriosa esta é inegavelmente na difusão de uma consciência sanitária revelada na introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do sistema. Se, no entanto, esta noção se reduz ao consumo de serviços curativos, exames e medicamentos, esta é uma evidência de que a reforma, ademais de democrática, necessita reencontrar a sua dimensão sanitária”⁽³⁶⁾

Neste sentido, CARVALHEIRO et al. (1992)⁽¹⁸⁾ traçam um panorama de como vinha sendo implementada a municipalização da saúde em 11 municípios do Estado de São Paulo, de porte grande, médio e pequeno. Neste estudo os autores afirmam que

“É inegável que a municipalização, com todas as críticas que possa haver, está propiciando a extensão da cobertura de assistência médica e a criação de estruturas básicas de gerenciamento dos serviços de saúde nos governos municipais. Mais, ainda, tem contribuído para a politização da questão da saúde com relação ao papel do Estado e da disputa entre os diferentes níveis de governo. Em contrapartida, a municipalização, como está sendo implementada, não constrói, com nitidez

imediate, as bases do SUS, funcionando mais como um processo simultâneo de desconcentração de recursos financeiros e disseminação do atendimento em unidades básicas. A saúde não é prioridade real de governo e a aparente adesão dos políticos locais à municipalização está associada à avidez por recursos repassados de outros níveis de governo. Os recursos repassados têm sido, invariavelmente, aplicados na construção e expansão de unidades destinadas à prestação de assistência médica, o que desmonta o mito segundo o qual esse processo está implementando o SUS previsto na Constituição. (...) A reorganização dos serviços consolida a assistência médica como prática hegemônica, com o reconhecimento individual dos problemas e a solução dada pela prática médica essencialmente curativa. Restringe a noção de exercício da cidadania, na área da saúde, à do direito à assistência médica”(p.174-5).⁽¹⁸⁾

O segundo aspecto é a questão da alocação dos recursos públicos que não tem respeitado o princípio da equidade, principalmente por não ter conseguido unificar os orçamentos dos três níveis de governo em cada uma das esferas, o que está, segundo RODRIGUES NETO (1997)⁽⁶⁸⁾

“propiciando a destinação, pelas instituições públicas, de vultosos montantes ao cofinanciamento de planos e seguros de saúde privados de seus funcionários. Sem falar no prestígio e força que esses segmentos de usuários (normalmente os mais organizados) deixam de emprestar à pressão pela melhoria dos serviços públicos, usados pela população menos organizada e mais necessitada. Além de renúncias fiscais, como a dedução do imposto de renda e outros subsídios diretos e indiretos que favorecem o setor privado e estimula o seu uso pela população, numa tática específica da cartilha neo-liberal”(p.90).⁽⁶⁸⁾

As Conferências Nacionais de Saúde, a partir da 8ª, têm sido palco de intensos e importantes debates sobre os rumos do setor saúde. A última Conferência (a 10ª) realizada em setembro de 1996, em Brasília,

reflete no seu relatório final⁽¹¹⁾, a preocupação de seus participantes, com os rumos que possa tomar a viabilização do SUS, tendo em vista a política econômica a que estamos submetidos. Destacamos uma parte desse relatório onde está evidenciada esta preocupação, com a qual concordamos.

“A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional (...). Sob o discurso de ‘modernização’ estabelece-se, de fato, o ‘Estado mínimo’ para as políticas sociais, e o ‘Estado máximo’ para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica que encontra-se por trás do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado, que transfere para as leis de mercado e órgãos privados, a responsabilidade de atender os direitos de cidadania. A nossa ‘modernização’ e a nossa reforma administrativa e do estado são outras: não abrem mão (...) do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento sócio-econômico, de melhor distribuição da renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde. (...) O SUS representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, em nosso país. Reafirmamos o SUS como garantia, a toda a população, do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde”(p.20).⁽¹¹⁾

Retomando as considerações que fizemos no início deste capítulo, acreditamos, como MENDES (1996)⁽⁴⁸⁾, que “O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, (...) nem deve ter um momento definido para seu término”(p.57).

Como o objeto deste estudo trata da participação social no SUS, trazemos algumas publicações sobre a temática, no período pós realização da 8ª CNS.

O V Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Olinda-PE, em abril de 1988, teve como tema “O controle social dos serviços de saúde” e aponta em seu relatório final, alguns elementos que, na opinião dos participantes, restringem o controle social no setor saúde, como: partidarização das entidades, agudização da crise econômica e social, ausência de transparência das instituições, corporativismo dos trabalhadores da saúde, desinformação, assistencialismo, entre outros. Porém, aponta elementos que atuam positivamente rumo ao controle social como: autenticidade dos movimentos populares, profissionais comprometidos que estudam o tema Reforma Sanitária, ajudando a levantar os problemas e propondo soluções, Prefeituras Municipais compromissadas e que dão espaço às organizações populares, entre outros.⁽⁵⁵⁾

COSTA (1989)⁽³⁰⁾ considera que, aos movimentos sociais têm sido atribuída a responsabilidade de, através de sua ação organizada, exercer a fiscalização constante dos atos praticados pelos governos municipais, quanto ao uso dos recursos financeiros que são repassados pelos governos estadual e federal. Porém, na opinião desse autor, esses movimentos “(...) passaram a ser considerados a panacéia universal capaz de remediar todos os descaminhos das políticas sociais no Brasil (...) (p.47)”. Refere ainda que,

“a temática dos movimentos sociais, apesar de bastante referida no debate da reforma sanitária, ainda não recebeu na saúde coletiva desenvolvimento teórico sistemático que definisse suas características e singularidades no interior da sociedade brasileira”(p.46).⁽³⁰⁾

Na mesma direção argumenta SOUZA (1990)⁽⁷⁰⁾ em “Movimentos de saúde: dificuldades à sua apreensão”, trabalho que reflete e questiona a ausência de estudos sobre essa temática, no campo da saúde coletiva; em contrapartida, na área das Ciências Sociais, segundo a autora, esse tema ocupa posição de destaque. Reafirma a necessidade de desenvolverem-se análises críticas sobre o tema, no campo da Saúde Coletiva, tendo em vista a responsabilidade que é atribuída aos citados movimentos, na concretização da Reforma Sanitária brasileira.

Ainda do final da década de 80, encontramos o estudo organizado por VALLA & SIQUEIRA (1989)⁽⁷⁷⁾ realizado no Rio de Janeiro, onde os autores trazem uma discussão sobre o papel do Centro Municipal de Saúde e sua relação com os usuários, em que *“busca-se compreender qual é a concepção hegemônica de saúde que se desenvolve no interior do Centro e como essa percepção se relaciona com a discussão de cidadania e aplicação da verba pública”*. O estudo aponta aspectos da participação popular, possibilitando introduzir *“uma nova lógica - a das necessidades coletivas, (...)”* impondo-se *“através da consciência e da organização de atores políticos”*.⁽⁷⁷⁾

L'ABBATE (1990)⁽⁴²⁾ em sua tese de doutorado, realiza um importante estudo sobre “O Direito à Saúde: da Reivindicação à Realização”, onde a autora elege como parte do seu campo de estudo os movimentos popular e sindical de saúde, aos quais denomina *“consumidores”*, em Campinas-SP. A autora conclui que estes *“pensam o direito à saúde como palavra de ordem, como algo a conquistar, (...) têm uma definição muito clara a respeito do direito à saúde: significa serviço gratuito universal e de boa qualidade”* (p.579).

COHN et al. (1993)⁽²⁶⁾ analisam a participação popular e gestão dos serviços de saúde, a partir da experiência do município de São Paulo. Nesse estudo, os autores avaliam a administração municipal no período de 1989 a 1992, numa tentativa de incorporar os movimentos

sociais, através da participação popular, buscando a democratização dos serviços de saúde, objetivando implementar o SUS, na cidade de São Paulo. O estudo aponta problemas importantes como os identificados *“nos fluxos de informação e a hostilidade de parte dos funcionários, principalmente com relação aos setores mais organizados, porque estes são vistos freqüentemente como elementos perturbadores”* (p.91). Estas são questões bastante complexas pois estão intrinsecamente vinculadas à *“relação entre mobilização e efetivação de demandas”* (p.93). Neste sentido, os autores colocam a participação como espaço para a realização de ações educativas e de construção de uma relação de parceria e de solidariedade entre a Unidade de Saúde e os seus usuários, bem como *“um caminho para a construção da cidadania”* (p.93) com vistas a superar os problemas apontados.

STOTZ (1993)⁽⁷²⁾ relata a experiência bem sucedida de participação popular na luta pela preservação do meio ambiente, ameaçado pela poluição provocada pelo Curtume Carioca, no Rio de Janeiro. Essa luta foi conduzida pela AMAP - Associação de Moradores e Amigos da Penha, com a participação também de técnicos (profissionais de saúde, químicos e engenheiros químicos), numa demonstração de que o exercício de cidadania pode contribuir para pressionar os órgãos públicos a tomarem decisões em favor da saúde da população. Observa-se também, que nesse estudo, houve a participação de agentes externos agindo como fator positivo na mobilização da população para atingirem seus objetivos.

VALLA & STOTZ (1994)⁽⁷⁹⁾ organizam um estudo buscando identificar, além de outros aspectos importantes da participação popular, os diferentes *“lugares”* de referência social. Ou seja, se é no bairro ou na favela que a população está se organizando e reivindicando melhorias. O resultado disto é que, para os moradores dos bairros, as melhorias são obtidas e mantidas sem que seja necessário continuar pressionando as autoridades, o que não ocorre para os moradores das favelas. Para estes,

a presença dos “agentes externos” é uma constante, o que caracteriza a melhoria obtida como sendo uma “concessão”, expressando uma “cidadania de escassez”. O estudo faz referência ainda, à importância da formação de instâncias de participação e de decisão, com a presença de representantes do governo, de profissionais de saúde e de usuários, para decidirem sobre temas relacionados à saúde da população, tomando o conceito de cidadania como uma forma de materializar, tornar concreto o direito à saúde.

SADER (1995)⁽⁶⁹⁾ traz uma importante contribuição sobre o tema, estudando o surgimento de novos sujeitos no cenário político nacional no período de redemocratização do país. Elege a organização sindical, os clubes de mães e o movimento reivindicativo por serviços de saúde da zona leste (periferia de São Paulo), todos no município de São Paulo. O autor procurou identificar: quem eram esses novos sujeitos; como se organizavam; o lugar onde estavam; como nomeavam o vivido; que valores eram invocados. Desde o seu início, o movimento contou com a participação efetiva de dois agentes externos: a Igreja Católica e um grupo de médicos sanitaristas, servidores públicos estaduais.

Para o autor, este foi “*um processo pelo qual uma carência é percebida como negação de um direito que provoca uma luta para conquistá-lo*” (p.261)⁽⁶⁹⁾. Observa-se que a noção de direitos é apreendida a partir de elementos obtidos através da prática religiosa, mais especificamente a partir da formação das comunidades de base, ligadas à igreja católica.

WESTPHAL (1995)⁽⁸¹⁾ em um estudo sobre o papel da educação enquanto colaboradora na concretização da gestão participativa dos serviços de saúde, aponta que é necessária a troca de informações, de saberes, entre os técnicos e a população, numa relação de parceria.

CARVALHO (1995)⁽²⁰⁾ em seu estudo “Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social”, apresenta uma fotografia

destes órgãos colegiados, enfocando-os *“na sua existência concreta como componentes gerais do arcabouço jurídico-institucional e político do setor saúde brasileiro”* (p.05). Informa quantos são, onde estão e como estão funcionando, em termos nacionais e abrange as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal). Os conselhos, além de serem analisados em termos de sua abrangência, são também analisados quanto ao *“seu processo de formação, sua estrutura jurídico-normativa (composição e competências), seu funcionamento orgânico e sua pauta de atuação”* (p.05).

CORTES (1996)⁽²⁸⁾ ao analisar os movimentos sociais, em relação à saúde, no Brasil, aponta que estes tiveram influência de agências internacionais como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, quando da inclusão em suas pautas dos princípios dos cuidados primários de saúde, durante a década de setenta. Porém, ainda segundo essa autora, embora com influência dessas agências externas, não se deve *“desconhecer que são os processos políticos endógenos ao país, e muitas vezes particulares de cada localidade, que determinam a natureza de um processo participativo”* (p.36).

PEDROSA (1996, p.30)⁽⁵⁶⁾ ao analisar os Dilemas e perspectivas do SUS no Estado do Piauí, aponta como um dos dilemas, a questão do controle social. Entretanto, considera que

“é a partir desse dilema que é possível vislumbrar as perspectivas (...) desvendando os problemas que ocorrem quando a população organizada participa na gestão do SUS, que a atuação dos Conselheiros pode ser considerada uma ação política, portanto, transformadora”.⁽⁵⁶⁾

Não encontramos nenhuma publicação acerca da participação social no SUS, em busca do controle social e da gestão colegiada, no

âmbito do Município de Ribeirão Preto. Este tema, portanto, ainda não foi objeto de um estudo sistematizado, localmente.

Portanto, sendo o Conselho Municipal de Saúde, uma instância colegiada de grande relevância para o processo de implementação do SUS, iremos estudá-lo analisando uma experiência concreta, que é o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Consideramos que trazer para estudo e análise, experiências singulares, contribui para a compreensão do processo social mais amplo.

1. 2. O Quadro teórico

Segundo MINAYO (1996, p.17)⁽⁵³⁾ *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática”*.

E é justamente pelo fato de que o nosso exercício profissional nos coloca diariamente diante de situações em que nos perguntamos: “o que poderíamos fazer?” Ou: “de que maneira poderíamos fazer isso ou aquilo?” para que pudéssemos, somando os esforços, contribuir para que o pleno direito à saúde seja uma realidade concreta, é que desenvolveremos a presente investigação.

Segundo CAMPOS (1994)⁽¹⁷⁾ para que ocorram *“grandes transformações”* é preciso que existam no mínimo *“dois elementos”*: um *“desejo”*, uma *“vontade desesperada de alterar o ‘status quo’”*, portanto, *“uma dimensão subjetiva”*, e *“um projeto conscientemente construído”*, com base na ciência, dimensão esta ligada *“ao exercício da razão”*(p.30). Este mesmo autor ainda pergunta:

“por que não conseguimos, depois de mais de dez anos de regime democrático, superar estas políticas restritivas e regressivas dos últimos governos do Brasil? (...) por que não fomos ainda capazes de constituir ATORES SOCIAIS com vontade e potência suficientes para reverter o quadro sanitário nacional?” (p.65)⁽¹⁷⁾

Na sua opinião, é necessário que sejam criadas condições objetivas de *“revolucionar o cotidiano”*, ou seja, potencializar os espaços de participação efetiva dos usuários dos serviços de saúde.

É com essa perspectiva de que possamos criar condições de revolucionar o cotidiano e potencializar os espaços de participação, que passamos a seguir a apontar o quadro teórico no qual está inserido o nosso objeto de estudo, e que também irá sustentar nossos pressupostos.

Os documentos oficiais sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira usam o conceito de participação popular, referindo-se principalmente à participação do usuário. Neste estudo, utilizaremos o conceito de participação social referindo-nos, tanto aos usuários quanto aos demais segmentos organizados que integram o colegiado do Conselho Municipal de Saúde, no sentido de tomarem parte no processo decisório sobre as diretrizes da política municipal de saúde.

A temática do presente trabalho refere-se à participação em busca do controle social no processo de construção do SUS, portanto, insere-se no campo de conhecimento da saúde coletiva. Neste sentido, o controle social, é mediado pela relação Estado/Sociedade e Políticas de Saúde e tem como finalidade a concretização do Direito à Saúde enquanto um dos componentes da Cidadania.

A seguir estas dimensões serão abordadas tendo como referência a Reforma Sanitária brasileira e a retomada da democracia.

1. 2. 1. A redemocratização do país e o Projeto da Reforma Sanitária

A presença do Estado no tratamento das questões sociais como a saúde é quase sempre multideterminada, repleta de contradições históricas, advindas das relações que estabelecem entre si os diferentes atores na cena política, TEIXEIRA (1995, p.21)⁽⁷⁴⁾.

Nesse sentido, olhar a realidade social concreta sem considerar os sujeitos sociais nela inseridos e em permanentes construções cotidianas, impossibilita a apreensão e análise dos conflitos e contradições inerentes ao próprio processo histórico.

A história dos Movimentos Sociais em geral, no Brasil, é, até certo ponto, recente, se levarmos em conta os vários períodos de governos autoritários já experimentados pela sociedade brasileira, apenas neste século. Para exemplificar basta nos referirmos ao governo ditatorial de

Getúlio Vargas, nas décadas de 30 e 40 e, mais recentemente, aos governos militares que, após um golpe, dirigiram o país de 1964 a 1986.

Segundo TEIXEIRA (1987)⁽⁷³⁾; (1995)⁽⁷⁴⁾ no período populista, interrompido com o golpe militar, as demandas sociais que emergiam em decorrência do processo de industrialização e urbanização eram canalizadas através de mecanismos de cooptação das massas populares (sindicatos, instituições previdenciárias, partidos políticos) os quais funcionavam como mediadores das relações entre Estado e Sociedade.

Em consequência disso, as conquistas sociais obtidas nesse contexto, ao invés de serem consideradas como parte dos direitos universais do cidadão, eram consideradas como privilégios, conquistados não pelo povo, mas sim pelas corporações com maior poder de barganha, pois o povo era tido não como cidadão com direitos e deveres, mas sim como uma massa carente de proteção do governante.

Essa forma paternalista e, sobretudo, messiânica de o Estado relacionar-se com a sociedade, além de submeter, isto é, estabelecer uma relação de dependência, impede que o povo, mesmo sendo privado de seus direitos, visualize qualquer outra forma de ter acesso aos bens que lhe estão sendo negados. Na melhor das hipóteses, confia nos seus representantes, mesmo que não conheça todos os recursos utilizados por estes para obter os ganhos.

O governo militar instaurado em 64 interrompe essa forma de relação entre a sociedade e o estado, desarticulando essas corporações. A partir daí os militares montam seu governo tendo como uma das táticas de controle da população a proibição de toda e qualquer forma de organização ou manifestação, concentrando todo o poder de decisão na burocracia estatal.

Os anos de governo militar autoritário brasileiro *“foram um cruel aprendizado acerca de que nem tudo que é estatal é público, no sentido de propiciar o aumento do bem-estar da sociedade”*. TEIXEIRA

(1987, p.92)⁽⁷³⁾. Desta maneira, não só os opositores iniciais desse regime (grupos políticos de esquerda) mas outros setores da sociedade, como a burguesia industrial, passam a compor projetos de redemocratização, que, embora convergentes com relação à “*valorização da democracia como a saída para o impasse autoritário* (p.92)”, conformam diferentes conceitos de democracia, seja, desde resultado de uma autocrítica interna, para as esquerdas, até condição para aspirar ao poder, para setores da burguesia industrial, TEIXEIRA (1987)⁽⁷³⁾.

É sabido que a proibição quanto ao direito de se expressar livremente nem sempre impede toda e qualquer forma de organização. Porém, o fato de não se poder debater pública e abertamente as idéias possibilita, com a proibição, o desenvolvimento de pensamentos e análises sectárias e muitas vezes equivocadas sobre a realidade vivida concretamente.

Pensamos que isto favorece, de certa forma, que os grupos, ao se organizarem em busca de algum objetivo, possam perder de vista que os indivíduos de uma mesma sociedade lançam olhares e fazem leituras diversas de uma mesma realidade. Ou seja, por mais idéias convergentes e pontos em comum que possua um grupo, em determinado momento histórico, poderá haver divergências quanto aos conceitos preestabelecidos que, ao invés de dividirem os membros desse mesmo grupo, podem servir para abrir o debate e, na discussão e síntese, fazer crescer a consciência dos membros desse grupo, para uma visão mais abrangente da realidade.

Por todos esses aspectos apontados podemos avaliar o quanto é nocivo, qualquer regime político que impeça à sociedade, a organização, a manifestação pública, enfim, a liberdade de expressão, acima de tudo.

Nesse sentido, a 8ª CNS, além de ser um marco histórico do setor saúde, enquanto importante momento de mobilização de forças em

torno do Projeto da Reforma Sanitária brasileira, ainda em curso, é também um importante marco na história da retomada da participação democrática da sociedade civil organizada no cenário político nacional, desde o governo militar instalado em nosso país, em abril de 1964.

Segundo TEIXEIRA (1995, p.39)⁽⁷⁴⁾ o Projeto da Reforma Sanitária brasileira faz parte de

“um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.⁽⁷⁴⁾

Comparando o processo de Reforma Sanitária no Brasil com outros países podemos dizer que, a exemplo de Espanha, Portugal e Itália, esse processo está associado à emergência das classes populares como sujeito político. Todavia, temos que considerar algumas condições para que este processo seja conduzido de maneira a, efetivamente, consubstanciar-se em transformações na forma como historicamente a questão da saúde vem sendo tratada em nosso país, que podem ser assim resumidas:

- “ampliação da consciência sanitária; (...) - a construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde; - criação de mecanismos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde (p.39-40)”.⁽⁷⁴⁾

Concordamos com as afirmações desta autora, bem como com VALLA & STOTZ (1994, p.7-8)⁽⁷⁹⁾ quando afirmam que:

“essa aliança só se constrói na medida em que as partes reconheçam a desigualdade de suas posições, especialmente quanto ao saber, tomando

esta desigualdade como ponto de partida para a construção de um conhecimento novo. (...) há de se adotar a premissa básica de uma participação igual dos parceiros em termos de aceitação, para o conhecimento, das teses, opiniões e valores manifestados na argumentação em torno dos problemas julgados relevantes”⁽⁷⁹⁾,

pois, essa prática só é possível se os componentes desse grupo estiverem dispostos a debater seus pontos de vista com a perspectiva de rever posições individuais ou corporativas, de maneira democrática, na busca do entendimento, do consenso em torno de algo que contribua para o avanço em temas tão inerentes ao ser humano e à vida em sociedade como são as questões relacionadas à saúde, seja dos indivíduos ou dos grupos. Além disso, a negociação e o entendimento são a base para a vida em uma sociedade democrática.

Atualmente, vários autores, entre eles Berlingüer, 1987 apud TEIXEIRA (1995, p.37)⁽⁷⁴⁾ têm enfatizado o caráter universal da democracia, assim como o da saúde. Para esse autor

“La salud es un fin en si misma y la gente percebe quien tiene una concepción instrumental de la salud (...)” “(...) considerar la democracia como un simple instrumento, cuando es - como la salud - un valor universal, aunque pueda expresarse en formas diferentes”⁽⁷⁴⁾.

Assim sendo, no Brasil, a exemplo de outros países que viveram sob regimes políticos autoritários, os quais propiciaram experiências políticas semelhantes à nossa,

“A democracia, enquanto uma modalidade plural de exercício do poder político, passa a ser vista como o espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia, ampliando o campo de alianças das camadas populares, de sorte que os intelectuais oriundos das classes médias e da burguesia vêm a ser um aliado fundamental neste processo de

formulação de um projeto político e cultural dos setores dominados (p.32)”⁽⁷⁴⁾.

Neste sentido, COUTINHO (1995, p.59)⁽³¹⁾ refere que uma

“nova concepção de hegemonia implica a criação de blocos majoritários que se articulem em torno de questões de abrangência nacional (como a saúde, por exemplo), elaborando propostas globais de reforma que transcendam (mas sem ignorar) os interesses meramente corporativos dos múltiplos segmentos envolvidos. (...) A estrutura institucional que prepara e consolida essa nova hegemonia das classes subalternas é concebida como uma ‘democracia de massas’”⁽³¹⁾.

Observamos nessas afirmações que as alianças feitas entre os diferentes setores da sociedade brasileira, para viabilizar a redemocratização do país, seriam necessárias também para a viabilização do Projeto da Reforma Sanitária brasileira.

Nessa mesma direção aponta MENDES (1995)⁽⁴⁷⁾ ao tratar do tema, da Reforma Sanitária, quando afirma que este é um projeto contra-hegemônico, pensado e proposto como alternativa ao projeto neo-liberal, hegemônico, (centrado no modelo médico-assistencial privatista), e só pode ser concretizado *“num ambiente democrático onde se encontram a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade do dissenso e o governo dos cidadãos”* (p.42).

No entanto, se os sujeitos envolvidos mantiverem suas posições e interesses de maneira a não possibilitar que os conflitos venham à tona, para serem debatidos democraticamente e buscarem-se soluções democráticas e concretas, estaremos longe de conseguir a aliança que nos permitirá avançar na consolidação do projeto contra-hegemônico da Reforma Sanitária brasileira.

Um dos princípios deste projeto, é a Universalidade de acesso. Este princípio contrapõe-se ao modelo excludente de assistência à

saúde, implantado em nosso país a partir da década de 70, no qual a assistência à saúde passou a ser vista como uma mercadoria, à qual, tem acesso apenas uma pequena parcela da população brasileira.

Como consequência do processo de redemocratização do país, vários segmentos da sociedade brasileira, que durante longo tempo não puderam manifestar publicamente seus pontos de vista, conquistaram o direito de organizarem-se em sindicatos, associações, etc.. Esses segmentos, além de reivindicarem os benefícios sociais a que têm direito, buscam também praticar o controle da prestação de benefícios sociais. Esta prática de participação social tem sido identificada como sendo uma das formas de exercício de Cidadania, através do Controle Social.

Neste sentido, os segmentos organizados, ligados diretamente à reorganização do setor saúde, têm buscado exercer o controle social e, além de lutar por acesso universal aos serviços de saúde, de lutar por melhor qualidade da assistência prestada, buscam, com sua participação, exercer a cidadania, compartilhando as dificuldades de se construir o SUS, nos marcos da 8ª CNS.

Assim, um dos mecanismos fundamentais para a efetivação da Reforma Sanitária brasileira foi recuperado com a promulgação da Lei 8.142/90⁽⁶⁾, que estabeleceu como deveria ser a participação da sociedade organizada em busca do controle social do SUS, com o seguinte texto legal:

“- Art. 1º - O Sistema Único de Saúde-SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

Parágrafo 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou,

extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Parágrafo 2º - O Conselho de Saúde, 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 do governo.

Parágrafo 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

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

Parágrafo 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho".⁽⁶⁾

Por conseguinte, estados e municípios também elaboraram as respectivas Leis para atender aos critérios estabelecidos em nível nacional, para o gerenciamento da saúde, quanto à formação e composição das instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do SUS.

1. 2. 2. Direito à Saúde, Participação e Controle social: a Cidadania em construção.

Em uma sociedade como a nossa, em que, historicamente, as questões sociais como a de políticas da saúde foram sempre discutidas e definidas com mínima ou nenhuma participação popular, é de se supor que esse novo projeto, o qual pressupõe que se incorporem novos atores, possa ser identificado como um projeto inserido em um processo de mudança social.

Para MARSHALL (1967)⁽⁴⁵⁾ todo processo de mudança social tem como conseqüências conflitos inerentes ao mesmo. Dentre estes conflitos, ressalta os que, paradoxalmente, produzem efeitos igualitários (possibilidade de participação política) e desigualitários (impossibilidade de acesso pleno ao consumo) que, por sua vez, produzem reflexos no conceito de cidadania, em que se observa a interação entre a crescente igualdade política e a crescente desigualdade econômica levando a que os governos, através de políticas sociais, busquem, nos espaços de participação, ampliar os direitos políticos, como forma de minimizar as conseqüências da desigualdade econômica.

A conquista constitucional de 1988, que diz ser a “*Saúde direito de todos e dever do Estado*” insere todos os brasileiros nesta condição de igualdade, em que todos, independentemente de encontrarem-se inseridos no mercado formal de trabalho (o que até então era exigido), constitucionalmente têm assegurado este direito.

Sem dúvida este foi um inegável avanço na questão dos Direitos Sociais em nosso país. No entanto, para que o direito se concretize, em primeiro lugar é preciso o pleno acesso a este direito e quando isto não ocorre, paradoxalmente fica evidente a conseqüente desigualdade apontada por Marshall.

Além da possível desigualdade imposta quando o acesso não se efetiva, há que se atentar também, para a especificidade do Direito à Saúde, pois não se resume em se ter acesso apenas à assistência médica. Como o próprio conceito descrito na atual constituição prevê, sendo o Direito à Saúde, um dos Direitos de Cidadania, ter acesso apenas à assistência médica, não significa ter concretizado este Direito.

COHN et al. (1991)⁽²⁵⁾ realizaram um importante estudo sobre a especificidade do Direito à Saúde, onde “*tratam da saúde como direito frente à questão da desigualdade*” (p.10), a partir de uma caracterização sócio-econômica das áreas periféricas do município de São Paulo. Os

autores concluem que *“instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços mas, igualmente, à sua conformação em um direito”* (p.160-1).

DALLARI et al. (1996,p,536)⁽³²⁾ realizaram um estudo com o objetivo de discutir o *“conceito de direito à saúde, bem como as formas possíveis de reivindicá-lo”*, a partir da visão do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, gestão 1993-1996. Os autores concluíram que

“A concepção que os entrevistados têm de saúde está ligada a duas vertentes: uma assistencialista e outra relacionada às condições de vida. A visão assistencialista se materializa em uma assistência médica preventiva, curativa e de reabilitação. Espera-se sua predominância no Conselho Municipal de Saúde, em virtude da herança do Welfare State, segundo o qual o Estado tem a obrigação de ofertar serviços sociais à população”.⁽³²⁾

A vertente relacionada às condições de vida *“constitui o que se denomina, comumente, Direito Social, e ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde”* ⁽³²⁾, sendo a que está incorporada na atual legislação do SUS.

Retomando o conceito de Direito à Saúde aprovado na 8ª CNS e consagrado na atual Constituição, o qual pressupõe que para se ter saúde é preciso que sejam atendidas necessidades básicas como: direito à alimentação, à educação, à cultura, ao trabalho, ao lazer, à habitação, ao transporte, entre outras, concluímos que a conquista do Direito à Saúde requer uma efetiva participação dos sujeitos sociais envolvidos nesse processo. Isto porque, historicamente, nosso país convive com situações extremas que vão, desde as vividas por aqueles cidadãos que desfrutam de excelentes condições de vida, tendo, portanto, assegurado o acesso ao Direito à Saúde, até aos que sobrevivem em condições de extrema

pobreza, conseqüentemente excluídos, na prática, desses mesmos Direitos que lhes estão assegurados legalmente.

Assim, a busca pela concretização do direito à saúde, principal objetivo do movimento social em saúde, precisa ser compreendida como parte da luta cotidiana de construção da verdadeira cidadania.

Para MARSHALL (1967)⁽⁴⁵⁾ a cidadania “*é uma espécie de igualdade humana básica associada com o conceito de participação integral na comunidade*”. Isto é, “*a desigualdade do sistema de classes sociais pode ser aceitável desde que a igualdade de cidadania seja reconhecida*”(p.62).

Este autor, ao falar da constituição dos direitos de cidadania na Inglaterra, mostra que seus elementos fundamentais são: o civil, o político e o social. O componente civil é expressado pelos “*direitos necessários à liberdade individual*” (direito de ir e vir, de imprensa, de pensamento e fé, de propriedade, de concluir contratos válidos e de justiça) estando afetos aos tribunais de justiça, tendo sido desenvolvido durante o século XVIII. O componente político expressa-se pelo “*direito de participar no exercício do poder político*”, tanto como uma autoridade política eleita, quanto como um eleitor que vota nesta autoridade, concretizando-se no século XIX, sendo as instituições que lhe correspondem o parlamento e os conselhos de governo local. O componente social “*vai desde o direito a um mínimo bem estar econômico*”, até “*ao direito de participar, por completo, na herança social*”, como o direito à educação e aos benefícios sociais, ligando-se mais intimamente com o próprio sistema educacional e serviços sociais, entre os quais, a saúde. Esse componente teve seu desenvolvimento já no século XX.

Embora os estudos de MARSHALL (1967)⁽⁴⁵⁾ contenham importantes contribuições, sendo considerado um clássico e referência obrigatória na análise da constituição dos direitos, essencialmente na Inglaterra, observamos que a abordagem por ele utilizada tem caráter

evolucionista, despida da luta política e, conseqüentemente, da contribuição que a sociedade da época, daquele país, com certeza teria dado.

Para MANZINI-COVRE (1991)⁽⁴⁴⁾ *“a cidadania é o próprio direito à vida no sentido pleno”*(p.11). É um direito a ser construído coletivamente. Uma das formas de construir esse direito é através das lutas cotidianas por melhores condições de vida, de trabalho, de moradia, etc.. Em sua opinião

“As pessoas tendem a pensar a cidadania apenas em termos de direitos a receber, negligenciando o fato de que elas próprias podem ser o agente da existência desses direitos. Acabam por relevar os deveres que lhes cabem, omitindo-se no sentido de serem também, de alguma forma, parte do governo. Ou seja, é preciso trabalhar para conquistar esses direitos. em vez de meros receptores, são acima de tudo sujeitos daquilo que podem conquistar” (p.11).⁽⁴⁴⁾

Nesse sentido, consideramos que o controle social dos serviços de saúde, embora seja apenas um dos aspectos que envolvem o exercício da cidadania, poderá ser um caminho que possibilite construirmos a cidadania plena.

Sabemos também, que a existência de Leis que expressam o exercício de cidadania, não é suficiente, isto é, não efetiva esse Direito. Para MANZINI-COVRE (1991, p.33)⁽⁴⁴⁾

“Só as leis não constróem a cidadania, mas é importante que os homens comuns, os trabalhadores, se apropriem também do espaço para a construção de leis favoráveis à extensão da cidadania”.⁽⁴⁴⁾

Santos, apud TEIXEIRA (1995)⁽⁷⁴⁾ ao tratar da questão da cidadania, aponta o conceito de *“cidadania regulada, isto é, regulada pela condição de inserção no mercado de trabalho e sancionada pelo Estado”* (p.24). Este modelo de cidadania desenvolver-se-ia horizontalmente, à

medida que os indivíduos fossem sendo inseridos no mercado de trabalho e verticalizando os privilégios, ao invés da universalização dos direitos. Para TEIXEIRA (1995)⁽⁷⁴⁾ este é o padrão de cidadania existente nos países subdesenvolvidos latino-americanos. Assim sendo, no caso do Brasil, caberá aos integrantes dos fóruns de participação e de decisão do SUS, interpelar o Estado, para que este, em cumprimento à Constituição de 1988, possibilite a universalização do Direito à Saúde.

Segundo VALLA & SIQUEIRA (1989)⁽⁷⁷⁾ *“a concepção de cidadania que predomina no Brasil tem suas raízes nos países do chamado ‘Primeiro Mundo’”,* onde os serviços essenciais já estão disponíveis. *“Os cidadãos desses países ‘vigiam’ os governos para garantir que esses serviços continuem existindo”.* É uma *“cidadania de abundância”.* Porém, no Brasil, em muitos locais, a sociedade não *“vigia”;* ela ainda luta para ter acesso a esse direito. Em outras palavras, devido à carência de serviços essenciais, não há o que vigiar e a sociedade exerce uma cidadania de escassez, uma *“cidadania de sobrevivência”.*

GOULART (1993)⁽⁴⁰⁾ refere que a idéia de cidadania clássica é um dos modelos possíveis e talvez não seja o modelo que vem sendo gestado nos movimentos sociais brasileiros; refere ainda que a cidadania é uma noção relativa e algo em permanente construção. Esse autor chama-nos a atenção para o fato de que é necessário identificar *“como se articulam os projetos políticos dos movimentos sociais e a noção de cidadania”*(p.55). Na saúde, este aspecto se reveste de grande importância, tendo em vista os diferentes projetos de interesses presentes entre os integrantes do colegiado do CMS, onde, efetivamente busca-se construir a cidadania.

No estudo de VALLA & STOTZ (1994)⁽⁷⁸⁾ os autores trabalham o tema da participação popular em busca da cidadania, identificando quais *“As respostas do movimento popular ao ‘estado de emergência permanente”.* Apontam que *“A rede de relações estabelecidas entre as*

associações de moradores e o Estado, em seus diversos níveis de governo, indica uma progressiva extensão dos direitos sociais de cidadania”(p.104).

Entendemos que o exercício de cidadania nas instâncias de gestão colegiada do SUS poderá permitir que os sujeitos sociais ali presentes, usuários e prestadores, constituam-se em sujeitos políticos e compreendam a responsabilidade que estão assumindo ao tomarem suas decisões. Isto significa que exercer a cidadania nestes fóruns é estar o tempo todo mobilizado buscando concretizar o direito à saúde.

Segundo TESTA (1992, p.166)⁽⁷⁵⁾ a proposta de participação da comunidade em projetos políticos de qualquer natureza surgiu, a partir da década de quarenta, com duas finalidades: *“reforçar os mecanismos de democracia real”*, abalados mundialmente pelas *“duas grandes guerras e, também, como uma maneira de desviar as responsabilidades crescentes do Estado moderno para com os cidadãos”*.

Para CARVALHO (1995)⁽²⁰⁾ o termo participação pode ser analisado sob vários ângulos como: Participação comunitária completando o Estado, Participação popular combatendo o Estado e Participação social controlando o Estado. Cada uma dessas formas de participação guarda estreita relação com as relações Estado/Sociedade em cada momento histórico em que foram colocadas em prática. Quanto à noção de controle social esse autor considera que no Brasil ela é

“marcada por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. Como se o Estado, liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado, contido, corrigido, em suas práticas habituais. Daí o forte sentido ‘fiscalizatório’ que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante ‘impedir o Estado de transgredir’ do que ‘induzi-lo a agir’ (p.28)”.⁽²⁰⁾

Neste sentido, para CORTES(1998)⁽²⁹⁾, vários são os determinantes do processo participatório dos usuários nos CMS, entre os quais destacamos a “*posição das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação*” (p.11). Este autor considera, no entanto, que este não é o principal determinante, pois mesmo que as autoridades constituídas demonstrem resistências à participação dos usuários, ela pode ocorrer por pressão dos próprios usuários, em suas entidades associativas.

Pensamos porém que, mesmo ocorrendo esta participação nos colegiados, se as autoridades constituídas, às quais cabe operacionalizar as deliberações daí decorrentes, não o fizerem, ela deixa de ter significado e pode, inclusive, deixar de acontecer.

Acrescentamos às definições acima, aquela utilizada por VALLA (1998, p.10)⁽⁸⁰⁾ segundo a qual,

“A participação popular diferencia-se da modernização, do mutirão etc., por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Esta participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública”.⁽⁸⁰⁾

Embora o surgimento da prática da participação tenha sido inicialmente motivado em decorrência de uma necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado, é possível, através desta mesma participação avançarmos na construção de uma rede de serviços de saúde onde todos os envolvidos, ao lutarem por seus direitos, o façam enquanto cidadãos comprometidos com o coletivo.

Desta maneira, a participação democrática da sociedade civil organizada em colegiados, como os conselhos e comissões de saúde, pode contribuir decisivamente para a organização de uma rede local de

saúde, mais resolutiva, mais equânime e com maior solidariedade. Poderá também contribuir para que tenhamos melhores condições de vida, e, conseqüentemente, maior justiça social.

1. 2. 3. Os espaços de participação e a constituição dos sujeitos políticos.

A idéia de se criar Conselhos de Saúde, no Brasil, segundo CARVALHO (1995, p.32)⁽²⁰⁾ remonta a 1937, quando a lei 378, de 13 de janeiro, *“dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde”*, e institui o Conselho Nacional de Saúde - CNS, ao qual, juntamente com o Conselho Nacional de Educação, é dada a atribuição de *“assistir”* o ministério.

Mais tarde, após mais de 30 anos sem nenhuma função significativa, o Decreto 67.300/70 dá ao CNS uma composição (15 membros, além do Ministro, sendo que todos eram, direta ou indiretamente indicados pelo poder executivo), define-o *“como órgão de consulta”*, sobre questões relativas à saúde encaminhadas pelo Ministro de Estado; recebe também a incumbência de *“opinar sobre matéria que, por força da lei, tenha que ser submetida à sua apreciação”*.⁽²⁰⁾

Mesmo tendo passado, nas décadas seguintes, por alguma reformulação, acompanhando as mudanças ocorridas no setor saúde, o CNS não teve muita importância para o setor, sendo que, quando o Decreto 99.438/90 cria o novo Conselho Nacional de Saúde, o antigo praticamente não existia.

Retomando nosso objeto de estudo, que é o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, considerando que sua criação e constituição, do ponto de vista legal e organizativo, foi fruto de um movimento organizado desencadeado com o processo de redemocratização do país a partir da década de 80, pode constituir-se num

espaço de gestão colegiada, enquanto possibilidade de transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos.

Para MERHY (1993, p.47)⁽⁴⁹⁾

“Os sujeitos sociais, como sujeitos políticos, se caracterizam a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades como ação. Encontrando-se em determinados contextos sociais, (...) encontram-se sempre em disputa com outros sujeitos sociais, (...). É na luta que os sujeitos sociais se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas, i. é, como sujeitos políticos”.⁽⁴⁹⁾

Para FLEURY (1997)⁽³⁶⁾ o sujeito social passa a ser sujeito político quando sua ação é proveniente de um projeto político que pode ser individual e/ou corporativo ou coletivo. Para identificarmos um projeto como sendo de interesse coletivo é preciso que seus objetivos ultrapassem os interesses individuais e corporativos.

Quando falamos da transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos, estamos nos referindo não só aos usuários dos serviços de saúde, mas também e com a mesma convicção e quociente de responsabilidade, aos profissionais de saúde que executam as políticas definidas pelos governos, nesta área. Neste sentido, pensando o presente objeto de estudo, e olhando-o enquanto arena de disputa de diferentes interesses dos sujeitos sociais envolvidos, representantes de usuários e prestadores, pode-se garantir que todos sejam ouvidos, todos possam exteriorizar seus pontos de vista, democraticamente, permitindo o entendimento, transformando esses sujeitos sociais em sujeitos políticos conscientes e responsáveis. Em outras palavras, cidadãos comprometidos com o coletivo, acima de tudo.

A noção de sujeito coletivo de SADER (1995, p.55)⁽⁶⁹⁾ se insere na mesma concepção de sujeito político que estamos assumindo, ou seja:

“Quando uso a noção de sujeito coletivo é no sentido de uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas”.⁽⁶⁹⁾

CARVALHO (1995)⁽²⁰⁾ atribui aos Conselhos de Saúde uma dupla caracterização: *“como atores e como arena política”*, justamente pelo fato de que se constituíram de segmentos da sociedade, os quais nem sempre participam do mesmo com os mesmos interesses. Afirma também que

“o advento dos conselhos guarda estreita vinculação, genética e orgânica, com o processo reformador do setor saúde brasileiro, que lhe destina um papel proeminente em sua imagem-objetivo de democracia em saúde” (p.107).⁽²⁰⁾

MENDES (1996)⁽⁴⁸⁾ ao abordar a relação entre o Estado e a Sociedade civil, questiona se a mesma deve ou não ser objeto de lei e, conseqüentemente, institucionalizada.

Para SPOSATI & LOBO (1992,p.375)⁽⁷¹⁾

“O movimento social não deve se transformar em uma ‘personalidade jurídica’. (...) É próprio do movimento a sua capacidade instituinte. Todavia, o Conselho de Saúde, que não é, nem pode ser, o movimento, ainda que deva com ele manter uma relação orgânica, necessita ser institucionalizado a fim de constituir ‘uma regularidade’ no fluxo decisório de instituição. (...) necessita constituir um sujeito coletivo regular ou contínuo, com delegação de autoridade para poder influir na gestão e produção das políticas de saúde”.⁽⁷¹⁾

CECÍLIO (1997, p.17)⁽²³⁾ debatendo com outros profissionais em um Seminário, aponta que *“os usuários encontram inúmeras dificuldades para exercer, de fato, seu papel fiscalizador sobre os serviços*

que utilizam”; pois, na sua opinião, não há interlocução entre os profissionais de saúde e a população. E mais, refere que os serviços de saúde são verdadeiras “*caixas-pretas*” para os usuários.

Existe um fosso enorme entre o que os usuários necessitam e buscam e o que o Estado, através das políticas implementadas, oferece. Isto leva-nos a pensar que, até certo ponto, estaríamos utilizando a sua participação nos colegiados existentes, para legitimar uma proposta política oficial. Ou ainda, para compensar as deficiências deste mesmo Estado, TESTA (1992)⁽⁷⁵⁾.

Além disso, para as instituições, produzir saúde não é a única lógica, única finalidade para seu funcionamento, sua existência, enquanto para o usuário, recuperar a sua saúde é a única lógica, a única razão porque ele demanda esse serviço. A finalidade da instituição, a razão para sua existência, a lógica do seu funcionamento obedecem critérios de racionalidade que, com certeza não devem ser os mesmos dos usuários. Para este, o que interessa é ter seu problema de saúde resolvido, problema este quase sempre expresso em dor, sofrimento, critérios que não têm nada de racional e exigem ações imediatas. Encontrar uma maneira de satisfazer o pragmatismo do usuário e, ao mesmo tempo, que a instituição atinja seus objetivos, é um dos desafios da gestão colegiada, na qual, usuários e prestadores, além de poderem decidir sobre as questões mais abrangentes da política de saúde, possam também incluir em suas pautas de discussão as demandas que exigem intervenções mais imediatas, originadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Ainda temos em consideração que, nem sempre a “defesa da vida” é o único objetivo dos profissionais de saúde, mas quase com certeza, é o principal motivo das pessoas demandarem serviços de saúde. Todo profissional busca com sua prática, realização no plano pessoal e individual e para isto, atuar neste ou naquele local, desde que possa vislumbrar atingir seus objetivos, pode não fazer muita diferença. Já para as pessoas que

precisam de cuidados, o usuário dos serviços de saúde, atingir seus objetivos é ter restaurada sua saúde e para isto é preciso, acima de tudo que ele confie em quem está decidindo sobre sua vida.

Para CARVALHO (1997)⁽²¹⁾ *“No lugar de instrumentos da sociedade para controlar o Estado, os Conselhos devem ser considerados constructos institucionais inovadores, expressivos de um processo de reforma tanto do Estado quanto da sociedade”* (p.100), favorecendo tanto a publicização das ações estatais, quanto as ações da sociedade, *“como campo de exercício de uma cidadania fundada na diversidade e na solidariedade”* (p.100). Este mesmo autor, analisando o funcionamento recente do Conselho Nacional de Saúde, ao debater e propor um projeto de lei regulamentando os planos privados de saúde, observa que o caráter deliberativo dos Conselhos em todos os níveis, embora não lhes dê o poder de governar, permite que estabeleçam *“os parâmetros do interesse público para o governo”*(p.105). Ou seja, *“esses órgãos não decidem quais políticas e ações serão executadas, mas decidem se correspondem ou não ao interesse público”*(p.106). Além disso, o princípio da paridade entre prestadores e usuários na sua composição *“discrimina positivamente os segmentos e grupos com menor poder no sistema”* (p.106), explicitando e absorvendo demandas *“não contempladas pelos caminhos normais”*(p.106).

Dentre os princípios do SUS, o que aponta as condições para o exercício da cidadania, através da participação da população nos órgãos colegiados é, a nosso ver, um dos mais importantes. Isto porque, ao mesmo tempo em que permite ao cidadão a possibilidade de praticar o controle, fiscalização das ações de saúde, dá a ele também o direito e a responsabilidade de tomar decisões, as quais podem ter como consequência a melhoria da qualidade da assistência à sua saúde, a de seus familiares e a de sua comunidade. Isto é, ao mesmo tempo em que o

exercício do controle social confere ao cidadão esse direito atribuído-lhe também a responsabilidade pelo que ajudar a decidir.

Assim, além de buscar soluções concretas para as questões do dia-a-dia, o colegiado precisa e deve atuar no âmbito mais geral da política municipal de saúde, pois, como aponta CARVALHO(1997)⁽²¹⁾,

“Como portadores ou sinalizadores do interesse público, os Conselhos de Saúde, no contexto do processo de reforma do Estado, podem muito bem cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental (...) os Conselhos de Saúde estariam precisando não de mais normas, ou mais poderes legais, ou mais institucionalidade, e sim de mais política, mais vocalização, mais visibilidade, envolvendo de forma muito mais direta e orgânica as questões de informação qualificada (...) as enormes desigualdades de acesso à informação vigentes no Brasil são uma dificuldade, mas atestam a necessidade de se caminhar nesta direção”(p.106-7).⁽²¹⁾

Outro aspecto importante a ser considerado quando pensamos o controle social dos serviços de saúde, é que este controle não deve restringir-se apenas à disponibilidade ou não do serviço, mas abarcar também e principalmente a qualidade das ações oferecidas. Esta qualidade estará sendo determinada em parte pelas condições materiais existentes, pelos projetos de interesses dos que operam o serviço, e em parte também pela concepção do processo saúde/doença, bem como pela concepção de Direito à Saúde, que os formuladores e executores destas ações possuem assim como os consumidores (usuários) desses serviços.

Além disso, para VALLA & STOTZ (1994, p.8)⁽⁷⁹⁾ ao se estudar a ação dos movimentos sociais organizados, Conselhos Comunitários e Municipais de Saúde, deve-se levar em conta a questão institucional, ou seja, verificar se a relação sociedade/Estado, na medida em que avança, concretiza *“um efetivo controle social dos serviços de saúde”*.

MELO (1999)⁽⁴⁶⁾ fundamentando-se na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas fez um recente e importante estudo teórico defendendo a tese de que para se ter saúde é decisivo desenvolver a democracia. A autora concluiu que:

“a saúde como direito só pode ser fruto da participação política livre e igual dos cidadãos aos quais se destina e, não sendo assim, o direito perece e a saúde ou é abandonada ou passa a ter outros usos, relacionados a outros imperativos, segundo a lógica do lucro ou do poder. É o exercício da autonomia política na produção do direito que garante a sua legitimidade e a sua efetivação; a experiência mostrava-nos a todo instante que se o direito, no caso, a saúde, não estiver profundamente ‘enraizado’ na sociedade e na consciência do cidadão, ele se torna vulnerável e sujeito a contingências de toda ordem”, MELO (1999, p.225)⁽⁴⁶⁾.

Demonstra que através da ação comunicativa, baseada no entendimento lingüístico é possível construir a institucionalização das vontades na área da saúde e portanto dos sujeitos, através da autonomia, para pensar a intersubjetividade tão necessária para a emancipação e cidadania, nas propostas transformadoras da saúde.

“Tais processos implicam a necessidade de mecanismos de democracia representativa, sim, mas firmemente ancorados numa esfera pública autônoma, cuja base é a sociedade civil com seu substrato organizativo”, MELO (1999, p.4)⁽⁴⁶⁾.

Concordamos integralmente com a autora e a mesma ajuda-nos a fundamentar o nosso quadro teórico quando estamos defendendo que o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, objeto do presente estudo, por ser parte constitutiva do arcabouço jurídico do SUS municipal é o espaço privilegiado de participação democrática, em busca do controle social, onde todos seus integrantes poderão, enquanto cidadãos

autônomos e livres politicamente, fazer uso consciente e responsável da argumentação, na defesa de projetos coletivos e em favor da vida.

Retomando as afirmações de CAMPOS (1994)⁽¹⁷⁾ do início deste quadro teórico de que é necessário e possível “*revolucionar o cotidiano*” e potencializar os espaços de participação e de decisão do SUS, como os Conselhos de Saúde, acreditamos também que o entendimento lingüístico, resultado da ação comunicativa, apontado por MELO (1999)⁽⁴⁶⁾, que pode ocorrer nestes fóruns, poderão auxiliar no desenvolvimento da Democracia, na concretização do Direito à Saúde e na conquista da Cidadania.

Por sermos militantes do movimento sanitário brasileiro, portanto, também sujeitos sociais desse processo, concordamos também com os demais autores citados anteriormente e defendemos a **tese** de que os espaços de participação social e de decisão do SUS são arenas de disputa de poder onde, diferentes atores portando diferentes projetos podem, a partir do entendimento, construir a gestão colegiada, contribuindo para o avanço do processo da Reforma Sanitária.

Portanto o pressuposto fundamental desta investigação é de que **“Os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços conflituosos por integrarem atores que portam diferentes projetos e interesses. São, portanto, arenas de disputa e concertação desses interesses. São também possíveis espaços onde os sujeitos sociais que deles participam, podem construir a cidadania, e, exercendo o Poder Participativo, se constituírem em sujeitos políticos com capacidade e potência para influenciarem positivamente a implementação do SUS no nível local”**.

Capítulo 2: Metodologia

2. 1. A opção e o caminho metodológico

Pensar a participação social na perspectiva de se construir a gestão colegiada em busca do controle social dos serviços de saúde, em uma dada experiência concreta pressupõe levar em conta as relações que se estabelecem entre os sujeitos sociais desse processo e as instâncias institucionais e político-sociais. É preciso levar em conta, ainda, que trata-se de um processo histórico e, como tal, é determinado também pelas condições materiais presentes na base dessas relações. Estas relações, para serem apreendidas e analisadas, precisam ser percebidas e evidenciadas pelo pesquisador, no próprio contexto em que os sujeitos sociais as vivenciam, cotidianamente.

Na presente pesquisa, definimos que o contexto é o funcionamento do próprio Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, através dos segmentos nele representados, cujas relações podem evidenciar contradições, as quais podem ser, desde a razão que motivou cada um dos segmentos integrantes desse fórum, a fazerem parte do mesmo, até, como já dito, às diferentes compreensões que têm, quanto aos princípios do SUS, dentre eles, o direito universal à saúde.

Para entender melhor o que é uma contradição e como ela aparece no processo histórico, recorreremos a CHAUI (1981)⁽²⁴⁾. Segundo esta autora,

“Em geral, confundimos contradição e oposição, mas ambos são conceitos muito diferentes. Na oposição existem dois termos, cada qual dotado de suas próprias características e de sua própria

existência, e que se opõem quando, por algum motivo, se encontram. Isto significa que, na oposição, podemos tomar os dois termos separadamente (...). A contradição, porém, não é isto. Na contradição só existe a relação, isto é, não podemos tomar os termos antagônicos fora dessa relação. São criados por essa relação e transformados nela e por ela”(p.36-7)⁽²⁴⁾.

Ou seja, na própria relação estabelecida. Entretanto, a contradição é o motor interno do processo histórico, ou seja, a sua produção e a sua superação, constituem o próprio “*movimento da história*”.

Na presente investigação, apontar as contradições que estão presentes no cotidiano dos sujeitos sociais que compõem o colegiado do Conselho Municipal de Saúde, mais precisamente, nos projetos de interesse de cada segmento representado neste fórum, é nosso desafio.

Neste sentido, concordamos com KONDER (1982, p.37)⁽⁴¹⁾ quando diz que

“A realidade é sempre mais rica que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a realidade.”⁽⁴¹⁾

Assim, tendo em vista que nosso objeto de estudo é formado pelos sujeitos sociais que integram o Conselho Municipal de Saúde, optamos por utilizar a abordagem qualitativa da pesquisa em saúde, para desenvolver este estudo, pois, segundo MINAYO (1996)⁽⁵³⁾ “*a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas*”(p.22).

Neste sentido, LÜDKE & ANDRÉ (1986)⁽⁴³⁾ consideram que ao desenvolver uma pesquisa qualitativa, o pesquisador preocupa-se mais com o processo do que com o produto, pois seu interesse ao estudar um

tema, é identificar *“como ele se manifesta (...) nas interações cotidianas”* (p.12).

Outra razão que nos levou a optar por esta abordagem ao realizar este estudo, é que sentimo-nos inseridos e, portanto, parte também da mesma realidade e contexto em que situa-se nosso objeto de estudo, que é o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Consideramos também que este colegiado possui sua singularidade e como tal terá seu funcionamento analisado no presente trabalho, seguindo a estratégia de um Estudo de Caso, que, segundo TRIVIÑOS (1995)⁽⁷⁶⁾ *“É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma ‘unidade’ que se analisa aprofundadamente”* (p.133). Ainda com base nesse autor, consideramos nosso objeto de estudo uma unidade que permite um Estudo de Caso do tipo histórico-organizacional, no qual, partindo do conhecimento prévio existente e que tivemos acesso, desta unidade, definimos as técnicas de investigação que seriam necessárias para evidenciar, aprender e analisá-la, buscando atingir os objetivos propostos.

Portanto, é com a perspectiva de produzir um conhecimento, que é parte da realidade, que visualizamos o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, objeto do presente estudo, na tentativa de entender as contradições existentes nas relações entre os representantes de cada segmento, analisando a experiência de construção da participação social na gestão dos serviços municipais de saúde de Ribeirão Preto, proposta pelo SUS, visualizando o controle social e sobretudo, a concretização do Direito à Saúde como parte da Cidadania.

Acreditamos também ser possível, através deste Estudo de Caso, identificar como os sujeitos sociais deste objeto de estudo, ao se constituírem em sujeitos políticos, publicizam ou não, os projetos de interesse que representam no colegiado.

Desta maneira, como nosso objeto de estudo situa-se no Campo de Conhecimento da Saúde Coletiva, entendemos que este é o caminho que nos permitirá uma aproximação que possibilitará apreender e analisar as relações que se estabelecem no cotidiano dos sujeitos sociais que integram os núcleos decisórios do SUS em nosso município, identificando nestas relações, os limites e as potencialidades para a construção da cidadania.

2. 2. O campo de trabalho

2. 2. 1. O Município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto está inserido na Sexta Região Administrativa do Estado de São Paulo. Possui extensão territorial de 651km² e sua população estimada para 1998, segundo parâmetros do IBGE e da Secretaria Municipal de Planejamento, é de 466.806 habitantes; 99,5% desta população está localizada na zona urbana.⁽⁶⁷⁾

Alguns indicadores de saúde, como o Coeficiente de Mortalidade Infantil e de Mortalidade Proporcional (Curva de Nelson Moraes) apresentam-se semelhantes aos de regiões desenvolvidas, com boas condições de saúde, ficando em 16,7 por mil nascidos vivos em 1996, o primeiro, e o segundo tem características do tipo IV, também para 1996, que indica uma tendência de aumento da expectativa de vida e diminuição da natalidade.⁽⁶⁷⁾

Por outro lado, outros indicadores de saúde como os relativos à incidência de casos de AIDS, apresentam dados preocupantes, estando o município entre os 10 primeiros colocados no país; também é preocupante o lugar ocupado, entre as principais causas de óbito, pelas causas externas (que inclui tanto os óbitos causados pela marginalização social e violência urbana, quanto os decorrentes de acidentes de trânsito),

que estão em segundo lugar, perdendo apenas para os óbitos provocados pelas doenças cardiovasculares.⁽⁶⁷⁾

O município de Ribeirão Preto conta, atualmente, com um significativo número de estabelecimentos que prestam assistência à saúde (hospitalar e ambulatorial), tanto no setor público como no setor privado.

Tendo em vista que o objeto de estudo da presente pesquisa é um dos componentes organizacionais da Rede Pública de Saúde, mais precisamente do Sistema Único de Saúde Municipal, faremos a seguir uma caracterização dessa rede.

Caracterização da rede municipal de saúde

Atualmente (1999), juntamente com outros 22 municípios, Ribeirão Preto compõe a Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto-DIR XVIII, da Secretaria Estadual da Saúde, sendo seu município sede. Como já foi dito, é um importante centro de referência regional para atendimento no setor saúde, tanto no setor público como no setor privado.

O sistema municipal de saúde, atualmente, é composto por serviços gerenciados pela Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde, além de serviços Filantrópicos e Privados, conveniados ao SUS. Conta ainda com Ambulatórios ligados às Universidades públicas e privadas, da área da saúde (Odontologia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Ciências Farmacêuticas e Ciências Biomédicas).

A rede hospitalar é composta por 13 Unidades. Apresentamos a seguir as unidades hospitalares que atendem à clientela do SUS em Ribeirão Preto.

Quadro 1: Unidades hospitalares do município de Ribeirão Preto, segundo a categoria e o número de leitos, total e conveniados ao SUS, Dezembro/1998.

UNIDADE	CATEGORIA	Nº DE LEITOS TOTAL	Nº DE LEITOS SUS
HCFMRP-USP	Público Est.	652	652
Soc. Portuguesa de Beneficência	Filantropico	109	66
Instituto Santa Lydia	Filantropico	98	46
Soc. Benef. Santa Casa	Filantropico	189	99
Hospital São Francisco	Conveniado	170	17
Hospital São Paulo	Conveniado	42	06
Hosp. Psiquiátrico Santa Tereza	Público Est.	447	447
Mater	Conveniado	44	32
Sanatório Espírita Vicente de Paula	Filantropico	55	54
TOTAL	9	1806	1419

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Ribeirão Preto, dezembro/1998.

Verifica-se no Quadro 1, acima, que a Secretaria municipal de Saúde de Ribeirão Preto não possui unidade hospitalar própria.

A rede ambulatorial é formada pelos ambulatórios das Unidades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que prestam atendimento em todas as especialidades médicas; pelo Hospital Dia, também da FMRP-USP, para atendimento psiquiátrico; pelos ambulatórios dos hospitais conveniados/contratados, pelos já citados ambulatórios ligados às Universidades da área e pelos ambulatórios públicos municipais.

Outro setor importante na assistência à saúde deste município são os serviços ligados aos Planos e Seguros de Saúde, privados, que, a exemplo de outras localidades, prestam assistência à saúde para uma grande parcela da população; isto também contribui para que este município seja um importante polo de referência em saúde, regional e até para outros estados.

A rede pública municipal de saúde

Desde a assinatura do Convênio das AIS, em 1983, e, tendo em 1987 assinado o Convênio de Municipalização da Saúde, o município de Ribeirão Preto, vem gradativamente ampliando sua rede física e assumindo, cada vez mais, a responsabilidade pelo gerenciamento da saúde no âmbito municipal*, estando hoje, (06/1999) na condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde.

Além do aumento da rede física, houve uma importante mudança quanto à escolaridade, no conjunto dos Recursos Humanos na área de enfermagem, cuja tendência de elevação do nível de qualificação foi identificada no estudo de MISHIMA et al. (1990, p.46)⁽⁵⁴⁾ onde os autores afirmam:

“no período, foram instituídas no município alterações importantes no que tange à qualificação do pessoal contratado para as instituições públicas. (...) a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Ribeirão Preto que, a partir de 1986, em relação ao pessoal de nível médio elementar, passou a contratar para sua rede de postos de atendimento apenas auxiliares de enfermagem.”⁽⁵⁴⁾

A tendência apontada confirmou-se, sendo que em 1999, a força de trabalho em enfermagem na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto está assim composta: 69% são Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem; 24% são Enfermeiros e apenas 7% são Atendentes de Enfermagem.⁽⁶⁷⁾

Porém, não foi apenas neste setor que houve mudanças, as quais também podem ser interpretadas como melhorias. Segundo dados obtidos do Plano Municipal de Saúde de 1998⁽⁶⁷⁾, o conjunto dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde passou a incorporar: médicos de várias especialidades, como os sanitaristas, antes inexistentes; aumentou o número de farmacêuticos e auxiliares de farmácia; odontólogos e auxiliares; psicólogos, assistentes sociais, biomédicos, fisioterapeutas,

* Ver também a respeito da Municipalização da Saúde em Ribeirão Preto em: ALMEIDA,

fonoaudiólogos, engenheiros, além de pessoal administrativo, agentes de controle de vetores, fiscais sanitários, e outros.

Atualmente, o município de Ribeirão Preto conta com um significativo número de serviços próprios, além de ter assumido, a partir de 1997, os Ambulatórios de Especialidades até então gerenciados pelo Estado e que foram municipalizados, embora continuem sendo referência para os demais municípios da DIR XVIII, que são o Núcleo de Gestão Assistencial - NGA-59 e o Ambulatório Regional de Saúde Mental.

As unidades municipais são identificadas como Unidades Básicas de Saúde - UBS, com nível primário de atendimento e Unidades Básicas e Distritais de Saúde - UBDS, com nível primário e secundário de atendimento. Ainda no nível de atendimento primário o município conta também, desde dezembro de 1997, com a Casa da Saúde, instalada na Vila Tecnológica, no Distrito Oeste, onde são realizadas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, pela equipe de Enfermagem.

No nível de atendimento secundário o município possui os seguintes ambulatórios:

- 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental;
- 1 Ambulatório das demais especialidades médicas (NGA - 59);
- 1 Núcleo de Atenção psicossocial - NAPS-1;
- 1 Núcleo de Atenção psicossocial para Alcoolistas e Fármaco-dependentes - NAPS - F e
- 1 Ambulatório de especialidades pediátricas (PAM II).

As UBDSs e as UBSs conformam os 05 Distritos de Saúde, os quais são apresentados nos Quadros 2 a 6, a seguir.

Quadro 2: Distrito de Saúde Central, com suas Unidades e respectivos horários de funcionamento. Ribeirão Preto, Dezembro/1998.

Unidades de Saúde	Horários de funcionamento
UBDS - Central	24 horas
UBS - Campos Elíseos	07 às 22hs.
UBS - Vila Tibério	07 às 22hs.
UBS - Bonfim Paulista	07 às 22hs.
CSE - Vila Tibério*	07 às 17hs.
PAM II - Setor Pediatria	07 às 17hs.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Dez/98.⁽⁶⁷⁾

* Unidade vinculada à FMRP-USP.

Quadro 3: Distrito de Saúde Norte, com suas Unidades e respectivos horários de funcionamento. Ribeirão Preto, Dezembro/1998.

Unidades de Saúde	Horários de funcionamento
UBDS - Simioni	24 horas
UBS - Quintino Facci I	07 às 17hs.
UBS - Quintino Facci II	07 às 17hs.
UBS - Valentina Figueiredo	07 às 17hs.
UBS - Marincek	07 às 22hs.
UBS - Vila Mariana	07 às 17hs.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Dez/98.⁽⁶⁷⁾

Quadro 4: Distrito de Saúde Sul, com suas Unidades e respectivos horários de funcionamento. Ribeirão Preto, Dezembro/1998.

Unidades de Saúde	Horários de funcionamento
UBDS - Vila Virgínia	24 horas
UBS - Adão do Carmo Leonel	07 às 17hs.
UBS - Parque Ribeirão Preto	07 às 22hs.
UBS - Jardim Maria das Graças*	07 às 17hs.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Dez/98.⁽⁶⁷⁾

* Unidade fechada para reforma no período deste levantamento (Dez./98).

Quadro 5: Distrito de Saúde Oeste, com suas Unidades e respectivos horários de funcionamento. Ribeirão Preto, Dezembro/1998.

Unidades de Saúde	Horários de funcionamento
UBDS - Sumarezinho*	24 horas
UBS - Presidente Dutra	07 às 17hs.

UBS - Vila Albertina	07 às 17hs.
UBS - Vila Recreio	07 às 20hs.
UBS - José Sampaio	07 às 21hs.
UBS - Dom Mielle	07 às 17hs.
UBS - Ipiranga	07 às 22hs.
CSE - Ipiranga*	07 às 17hs.
CMSC - Vila Lobato*	07 às 16hs.
Casa da Saúde da Vila Tecnológica**	07 às 17hs.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Dez/98.⁽⁶⁷⁾

* Unidades vinculadas à FMRP-USP.

** Desenvolve, exclusivamente, ações de enfermagem, nas áreas de prevenção de doenças e de promoção à saúde.

Quadro 6: Distrito de Saúde Leste, com suas Unidades e respectivos horários de funcionamento. Ribeirão Preto, Dezembro/1998.

Unidades de Saúde	Horários de funcionamento
UBDS - Castelo Branco	24 horas
UBS - Jardim Zara	07 às 17hs.
UBS - Vila Abranches	07 às 22hs.
UBS - Jardim Juliana	07 às 17hs.
UBS - São José	07 às 17hs.
UBS - Santa Cruz	07 às 17hs.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Dez/98.⁽⁶⁷⁾

Vale ressaltar que a definição dos horários de funcionamento de todas as unidades de saúde municipais, não contou com a participação dos usuários, tendo sido uma decisão apenas dos técnicos do setor.

O Modelo de Assistência à Saúde, vigente, é predominantemente do tipo individual, clínico assistencial, centrado na atenção médica e com alto nível de especialização. A rede pública municipal de saúde, tanto as UBSs como as UBDSs, atendem demanda por atendimento médico, odontológico e de procedimentos de enfermagem. Apesar da existência de possibilidade de atendimento agendado previamente, através de um sistema de informatização de toda rede, o qual pode ser acessado via telefone, por qualquer munícipe, a procura maior é

por atendimento imediato ou Pronto-Atendimento, tanto nas Unidades que funcionam 24 horas (UBDSs), como nas demais.

Com isso, a rede municipal ainda convive com a duplicação de procedimentos e com várias ações destinadas a um mesmo agravo à saúde, de uma mesma pessoa, pois, *“Existe uma tendência ao atendimento despersonalizado sem vínculo paciente-profissional, o que compromete sua resolutividade e estimula a rotatividade dos pacientes pelos diversos serviços”* (p.26).⁽⁶⁷⁾

Estes são aspectos que, como veremos, estarão presentes nas observações tanto dos Conselheiros, como dos gestores, nas entrevistas realizadas para o presente estudo.

Este atendimento impessoal foi observado também por ALMEIDA (1991)⁽¹⁾ em estudo realizado sobre a rede básica de saúde de Ribeirão Preto.

2. 3. Técnicas de investigação

Delimitamos que o período em que faríamos o recorte temporal seria na década de 90, mais precisamente os anos de 1991 a 1998, por ser o período em que foram aprovadas as Leis que possibilitaram a criação dos fóruns de participação e de decisão do SUS, com a inclusão dos segmentos da sociedade organizada nestas instâncias.

Para a compreensão do processo da Reforma Sanitária em Ribeirão Preto, nesse período, fez-se necessário, em alguns momentos, retroagir no tempo resgatando décadas anteriores.

As técnicas utilizadas foram a Análise documental das Atas e Relatórios (Anexo 6) e Entrevistas semi-estruturadas com os gestores e com representantes dos segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde.

Na fase inicial da coleta dos dados empíricos, tínhamos intenção de utilizar a observação do desenvolvimento de uma reunião do Conselho para análise. A mesma foi realizada, com consentimento dos Conselheiros, porém, as informações obtidas não foram utilizadas para análise da presente investigação, tendo em vista concluirmos que apenas uma reunião não permitia análises conclusivas e consistentes, de acordo com os objetivos deste estudo, e pela não disponibilidade de tempo para realizarmos observação de outras reuniões.

Análise Documental

Inicialmente, procedemos à Análise Documental sobre a constituição histórica do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, consultando para tal, os Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde deste município.

Consultamos também os relatórios das três últimas Conferências Municipais realizadas, com a finalidade de identificar os temas objetos de discussão, bem como as conclusões e propostas resultantes desses fóruns de participação e de decisão. Embora o município já tenha realizado quatro Conferências Municipais de Saúde, consultamos os relatórios das três últimas, pois não tivemos acesso ao relatório final da primeira, realizada em 1986.

Para identificar os temas e as questões que estiveram presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, consultamos também as Atas de todas as reuniões, das três gestões pelas quais o

colegiado já passou, desde a sua criação, em 1991, até dezembro de 1998, num total de 66 atas.

Consultamos também os registros da Vigilância Epidemiológica do município, deste período, para, comparando com os conteúdos das Atas das reuniões do Conselho, verificar se as intercorrências, os agravos e/ou eventos ocorridos no período, considerados relevantes para a saúde pública foram objeto de discussão no colegiado. Os registros consultados foram os SVE-2 (Sistema de Vigilância Epidemiológica) dos anos de 1991 a 1998, utilizados para o registro das doenças, e demais relatórios elaborados pela Divisão de Vigilância Epidemiológica do município.

Entrevistas semi-estruturadas

A partir da perspectiva de trabalhar com os sujeitos sociais que compõem o atual Conselho Municipal de Saúde, tanto os representantes dos usuários como os representantes dos prestadores de serviços, do município de Ribeirão Preto, realizamos entrevista com membros do Conselho, de todos os segmentos que o compõem.

A decisão de entrevistar apenas Conselheiros da atual gestão foi devido à constatação, pelo pesquisador, de que a atual composição do colegiado é formada também por representantes que ocuparam o cargo de Conselheiros em outras gestões, conforme pode ser verificado no Quadro 8, mais adiante, do presente estudo.

Além disso, por tratar-se de um Estudo de Caso, que utiliza como instrumento de coleta de dados empíricos, a entrevista semi-estruturada, consideramos que as informações que seriam obtidas nas entrevistas permitiriam delinear um panorama de como o colegiado vem conseguindo desempenhar suas atribuições.

Optamos por utilizar a entrevista semi-estruturada, com um roteiro para “orientar uma ‘conversa com finalidade’” (MINAYO, 1993, p.99)⁽⁵²⁾, contendo as seguintes questões centrais.

- qual o segmento organizado que representa no colegiado;
- por que participa do colegiado e como foi a indicação/eleição;
- como desempenha esta sua função;
- qual a importância, para o segmento que você representa, ter espaços como os Conselhos e Conferências de Saúde;
- como avalia a existência dos fóruns de participação e de decisão;
- de que questões o Conselho trata;
- já participou de alguma Conferência de Saúde; se sim, como avalia a realização das mesmas.

TRIVIÑOS (1995)⁽⁷⁶⁾ considera que a entrevista semi-estruturada é um dos principais instrumentos de que pode lançar mão o pesquisador, para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, pois, “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (p.146).

Assim, realizamos primeiramente uma entrevista piloto com um dos membros do Conselho, a qual também foi incluída nas análises, a fim de verificar se as perguntas formuladas, indicadas acima, permitiriam-nos obter as informações que desejávamos sobre o nosso objeto de estudo.

Após esta confirmação passamos à fase seguinte, que seria definir quais Conselheiros deveriam ser entrevistados, garantindo representatividade e paridade entre prestadores e usuários, tendo como referência TRIVIÑOS (1995)⁽⁷⁶⁾. Segundo ele, o pesquisador escolhe as pessoas a serem entrevistadas, de acordo com o que tem em mente, isto é, com o objetivo de obter as informações necessárias para a sua pesquisa.

Também MINAYO (1993)⁽⁵²⁾ considera que a amostragem na pesquisa qualitativa

“a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta” (p.102).

Os aspectos éticos e técnicos na realização das entrevistas

O primeiro contato com os Conselheiros para informá-los que desejávamos entrevistá-los para a presente pesquisa, foi feito da seguinte forma: enviamos carta ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde, antecipadamente, solicitando autorização para que fosse utilizada uma reunião do CMS para que pudéssemos informar aos membros do Conselho sobre a pesquisa. Após a resposta do Presidente do Conselho, dando o consentimento, comparecemos à reunião do dia 20 de outubro de 1998, por ter sido esta, a primeira realizada após o recebimento da resposta e do início da coleta dos dados empíricos.

No início desta reunião entregamos uma carta de consentimento pós-informação, (Anexo 1) a cada Conselheiro presente, efetivo ou suplente e, ao abrir a reunião o Presidente, após uma breve explicação sobre a solicitação que recebera, passou-nos a palavra para que dêssemos mais detalhes e que respondêssemos aos questionamentos que fossem feitos. Esclarecemos questões por nós consideradas relevantes como o caráter sigiloso das informações que seriam prestadas. Recebemos várias declarações de apoio dos presentes, tanto de representantes de usuários quanto de prestadores.

Tendo em vista que o conjunto de Conselheiros presentes nesta reunião, tanto de representantes dos usuários quanto dos

prestadores, com direito a voto^{*}, garantia paridade na amostra, decidimos utilizar como critério único de inclusão na amostra para as entrevistas, ter participado daquela reunião.

Desta maneira, seriam entrevistados representantes de todos os segmentos presentes, perfazendo um total de 17 Conselheiros, apresentados a seguir, de acordo com o segmento que representam.

Prestadores : 09

- O Secretário Municipal de Saúde e Presidente do Conselho;
- um representante da Secretaria Municipal de Saúde (inciso I)[†];
- um representante dos prestadores públicos (inciso V);
- um representante dos prestadores privados (inciso X);
- um representante das Universidades públicas (inciso VI);
- um representante das Universidades privadas (inciso VII);
- um representante do Centro Médico (inciso XI);
- um representante dos profissionais de saúde de nível superior (inciso XII);
- um representante dos profissionais de saúde de nível médio (inciso XIII);

Usuários: 08

- um representante dos trabalhadores assalariados (inciso XIV);
- um representante dos trabalhadores liberais e autônomos (inciso XV);
- um representante dos portadores de patologia (inciso XVII);
- um representante da FABARP (inciso XVIII);
- quatro representantes das Associações de Bairros (incisos XIX e XX).

Embora a frequência na reunião citada tenha sido de 16 Conselheiros, realizamos 13 entrevistas, pois o membro correspondente ao Inciso I tratava-se do próprio pesquisador e 02 Conselheiros do segmento

^{*} Todos os membros efetivos presentes e todos os membros suplentes, presentes em substituição ao respectivo membro efetivo.

[†] Este representante não foi incluído na amostragem de Conselheiros a serem entrevistados por tratar-se do próprio pesquisador.

de usuários não tiveram disponibilidade para serem entrevistados, mesmo após várias oportunidades por nós oferecidas.

As entrevistas foram agendadas segundo a disponibilidade das pessoas que seriam entrevistadas. Antes de iniciar a entrevista com cada Conselheiro, expusemos as questões sobre as quais gostaríamos de conversar com o mesmo, esclarecendo que a entrevista só seria realizada com o seu consentimento, e, se alguma questão, o entrevistado não quisesse que fosse abordada, poderia ficar à vontade para não falar sobre aquele determinado assunto*. Nenhum dos Conselheiros recusou-se a falar sobre nenhum dos temas colocados.

A Lei 5972/91, que criou o CMS de Ribeirão Preto, diz no caput do seu art. 8º: “O Conselho Municipal de Saúde, que tem como membro nato e Presidente ...”. Assim, todos os ocupantes do cargo de Secretário Municipal de Saúde, serão, conseqüentemente, além de gestores do sistema municipal de saúde, presidentes da instância colegiada, objeto do presente estudo.

Para que pudéssemos, também, analisar o funcionamento deste colegiado, sob o ponto de vista do gestor municipal, decidimos entrevistar também os ex-Secretários Municipais da Saúde† que ocuparam o cargo após a criação do Conselho Municipal de Saúde, que foi em abril de 1991, num total de 03.

Decidimos entrevistar todos os ex-Secretários, que foram três, pois, por serem ocupantes de cargo político de confiança do chefe do Executivo de determinado período, seria importante entrevistá-los para a compreensão e análise do funcionamento do colegiado, bem como para identificar possíveis mudanças de foco, por parte da administração, com

* Informamos novamente sobre o caráter sigiloso das falas e que as mesmas, sem identificação da autoria seriam utilizadas para a pesquisa.

† Na primeira gestão do Conselho, o cargo de Secretário Municipal da Saúde teve dois ocupantes, porém entrevistamos apenas o segundo, por ter este, representado o Secretário na maioria das reuniões do colegiado, quando era Coordenador da Saúde.

relação à importância dos fóruns de participação e de decisão do SUS, neste município, nas três gestões pelas quais o colegiado já passou.

Tomando como referência os critérios estabelecidos para definir quais Conselheiros seriam entrevistados, e para garantir que a coleta dos dados empíricos fosse efetuada dentro de um período não muito longo, o que poderia prejudicar a pesquisa, tendo em vista a característica dinâmica do objeto de estudo, estabelecemos o prazo máximo de três meses, entre o início da coleta dos dados empíricos e a realização das entrevistas, que seria de outubro a dezembro de 1998.

Desta maneira as entrevistas com os Conselheiros e com os ex-Secretários das administrações anteriores, foram realizadas no período entre 08/11/98 e 22/12/98. A entrevista com o Secretário da Saúde que ocupava o cargo por ocasião da coleta dos dados empíricos, não pode ser realizada dentro do prazo máximo estabelecido, devido compromissos administrativos do mesmo, tendo sido realizada em 10/02/99.

Os roteiros de entrevista (Anexos 2, 3, 4 e 5) utilizados para os Gestores e ex-Secretários Municipais da Saúde, continham algumas das questões colocadas para os demais Conselheiros, uma questão sobre o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde, dirigida a todos eles, e uma questão específica sobre o período em que cada um deles exerceu o cargo de Secretário Municipal da Saúde, e conseqüentemente, a função de Presidente do Conselho.

Todas as entrevistas foram gravadas* e posteriormente transcritas na íntegra, para que pudéssemos analisá-las mantendo a fidedignidade das informações contidas nas mesmas. As entrevistas tiveram uma duração média de 55 minutos, sendo que a mais longa foi de 87 minutos e a mais curta foi de 15 minutos.

As entrevistas foram identificadas numericamente, em ordem crescente, de acordo com a data de sua realização. As falas destacadas e

analisadas foram identificadas da seguinte forma: (Ent....;U) para os representantes de Usuários; (Ent....;P) para os representantes de Prestadores e (Ent....;G) para os Gestores, ex-Secretários Municipais da Saúde.

Partindo da compreensão de que um *“Roteiro é sempre um guia nunca um obstáculo, portanto não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo”* (p.100)⁽⁵²⁾, todas as entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador, por termos verificado, na entrevista piloto, que haveria necessidade de estabelecermos um diálogo com o entrevistado a fim de obter as informações desejadas, de acordo com os objetivos apontados no presente estudo.

2. 4. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada buscando apreender as relações estabelecidas entre os sujeitos políticos que compõem o nosso objeto de estudo, no seu próprio contexto histórico e social, tendo como principal referência o caminho proposto e trabalhado por MINAYO (1993)⁽⁵²⁾, como sendo a **Análise Temática**.

Tendo em vista que o objeto desta investigação está em permanente construção cotidiana, os passos seguidos, constituíram-se em

* Um dos ex-Secretários optou por responder, por escrito, às questões apresentadas.

muitas idas e vindas, na tentativa de elaborar uma síntese, produzir um conhecimento que no entanto não é e nem pode pretender-se acabado. É, sim, uma aproximação da realidade.

O tratamento dos dados contou com as seguintes fases: **Pré-análise, Exploração do material, Interpretação e Análise final.**

Pré-análise

Nesta fase **selecionamos os documentos**, atas das reuniões e relatórios das três Conferências Municipais de Saúde (Anexo 6), que foram utilizados como fonte primária e procedemos à **transcrição das fitas** contendo as entrevistas, dando a cada entrevistado um número e um código para identificar o segmento representado no colegiado.

Ainda nesta fase de pré-análise realizamos **Leitura transversal, exaustiva**, procurando identificar os **núcleos temáticos** contidos tanto nas **entrevistas** quanto nos **documentos consultados**. Elaboramos uma **síntese** dos conteúdos de cada entrevista e documento, buscando verificar a representatividade, bem como a pertinência dos dados obtidos frente ao pressuposto fundamental e os objetivos propostos para o presente estudo.

Exploração do material

Nesta fase realizamos **Leitura horizontal** das **entrevistas** buscando identificar as “**estruturas de relevância**” que segundo Minayo significam a apreensão das principais idéias formuladas sobre o objeto em estudo. Assim, trabalhando os conteúdos das falas dos entrevistados, identificamos **os núcleos de sentido**, que foram **agrupados e conformaram** as **Unidades Temáticas** utilizadas como **fio condutor** para a fase seguinte da análise.

Interpretação e Análise final

A **confrontação** foi realizada entre as falas dos entrevistados, Gestores e Conselheiros, e também com as Atas das reuniões do CMS, com os documentos oficiais e com autores referenciados no quadro teórico.

Sendo o nosso objeto de estudo formado pelos sujeitos sociais que integram o CMS, enquanto espaço para a Participação Social, em busca do controle social e construção da Cidadania e por tratar-se de um “Estudo de Caso”, **identificamos os conteúdos convergentes, divergentes e únicos** presente nas entrevistas, fizemos os recortes dos temas que permitiam a aproximação da realidade, e a cada passo da interpretação, as **Unidades Temáticas** foram sendo **conformadas** e apresentaram-se no final como sendo:

- 1. Perfil de atuação e Agenda temática do Conselho Municipal de Saúde;**
- 2. Construindo o Controle Social na ótica dos Gestores;**
- 3. Construindo o Controle Social na ótica dos Conselheiros;**
- 4. O Direito à Saúde: identificando uma concepção.**

Dentro de cada **Unidade Temática** foram novamente sendo identificados os **Núcleos temáticos** e dentro destes, as **unidades de fala**, a partir das quais realizamos as análises e interpretações da presente investigação.

Sendo esta uma pesquisa qualitativa, tivemos a preocupação de identificar a importância e relevância dos temas explicitados nos depoimentos dos diferentes sujeitos sociais que representam diferentes projetos e interesses, enquanto sujeitos políticos, bem como a pertinência com o pressuposto teórico.

Capítulo 3: O CMS no exercício do Controle Social

3. 1. Perfil de atuação e Agenda temática do CMS

Esta Unidade Temática será desenvolvida buscando caracterizar a constituição e organização social do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, apontando a direcionalidade de suas práticas e de seus posicionamentos.

3. 1. 1. A constituição do Conselho Municipal de Saúde

A criação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto foi aprovada na segunda Conferência Municipal de Saúde, realizada de 26 a 28 de abril de 1991. Desde então, conforme comprovam os arquivos consultados, da Secretaria Municipal de Saúde, seu funcionamento tem sido regularmente mantido, estando atualmente (1999) na sua terceira gestão.

Apresentamos a seguir a caracterização da atual gestão do CMS e sua composição, por ocasião da coleta dos dados empíricos para o presente estudo (novembro de 1998).

Observamos no Quadro 7, abaixo, que o número total de Conselheiros corresponde a 26; no período em que foram obtidas estas informações (11/98), cerca de 58%, dos Conselheiros estavam exercendo a participação no colegiado pela primeira vez; esta renovação é mais evidente no segmento dos usuários, o qual apresentava 80% de renovação. Isto é um aspecto positivo pois demonstra que a representação deste segmento no colegiado não tem sido exercida sempre pelas mesmas pessoas o que poderia significar desinteresse por parte da população usuária do SUS em participar.

Quadro 7: Caracterização da atual gestão do CMS de Ribeirão Preto, segundo critério de escolha e se o participante já integrou o colegiado em gestões anteriores. Ribeirão Preto, Novembro/1998.

INCISO	ESCOLHA		GESTÃO	
	eleição	indicação	1ª	2ª ou +
Representantes dos Prestadores				
I		X		X
II		X		X
III		X		X
IV		X		X
V		X	X	
VI		X	X	
VII		X	X	
VIII		X		X
IX		X		X
X		X	X	
XI		X		X
XII	X		X	
XIII	X			X
Representantes dos Usuários				
XIV	X		X	
XV	X		X	
XVI	X		X	
XVII 1	X		X	
2	X		X	
XVIII		X		X
XIX 1	X		X	
2	X		X	
3	X		X	
4	X		X	
XX 1	X		X	
2	X			X
3	X			X
Total	14	12	15	11

*- Este membro, por ocasião do encerramento da coleta dos dados para o presente estudo, em março/1999, era o próprio pesquisador.

Este aspecto assume uma dimensão ainda mais significativa ao verificarmos que estes representantes são escolhidos através de eleição e não por indicação. Estamos, também, com isso ampliando o universo de sujeitos dispostos a exercer a cidadania, compartilhando as decisões sobre a saúde no município.

No segmento dos prestadores, observamos que cinco membros estão participando pela primeira vez e oito pela segunda vez ou mais. A repetição é mais evidente no conjunto dos representantes da Administração Municipal, em que todos estão na função pela segunda vez ou mais. Isto significa que, embora o CMS possa ser renovado a cada quatro anos, juntamente com a eleição do novo prefeito, a representação da Administração Municipal no colegiado está sendo exercida por elementos que já o fizeram em outras gestões, embora nem sempre na mesma representação.

Isto é, o representante correspondente ao Inciso I, na segunda gestão, representava o Inciso XII. No caso do representante do prestador público estadual, Inciso IV, a permanência do mesmo é esperada, uma vez que o ano de eleição do governador do estado, com a possível substituição do seu representante na Direção Regional de Saúde (órgão estadual) não coincide com o ano de eleição do Prefeito. Os demais membros que já exerceram mandato de Conselheiro em gestões anteriores, o fizeram nas mesmas representações e segmentos atuais.

No caso do representante do Inciso XIII, representante dos profissionais de saúde de nível médio, mesmo sendo escolhido através de eleição, o Conselheiro permanece o mesmo desde a primeira gestão do Conselho. Este é um aspecto que merece destaque pois, como nos mostra a análise das entrevistas, o suplente deste Conselheiro relatou que, embora tivesse interesse em ser Conselheiro efetivo ficou em segundo lugar na eleição e por isso ficou como suplente. Relata ainda que o resultado da

eleição foi *“uma disputa de sindicatos mais à esquerda e o pessoal mais à direita, da questão da saúde”*(Ent.14;P). A permanência deste Conselheiro em três eleições consecutivas, significa que o projeto político de interesse que representa, embora não seja o mesmo de toda sua categoria, está conseguindo ocupar o espaço no colegiado desde sua criação. Por outro lado, os descontentes com sua atuação, conforme sugere a fala citada acima, não foram ainda capazes de conformar um projeto político alternativo de atuação, que leve as entidades representativas da categoria a mudarem o voto na hora de escolherem o novo representante.

Com relação ao representante do Inciso XVIII, representante da FABARP, também é o mesmo desde a criação do Conselho. Na última eleição foi indicado outro representante, que assumiu, mas posteriormente desistiu do cargo, permanecendo o anterior, que era seu suplente; quanto aos dois representantes do Inciso XX, representantes das Distritais de Saúde, também estão exercendo mandato de Conselheiros, desde a criação do colegiado, no mesmo segmento. Também neste caso, observamos a persistência dos mesmos Conselheiros, desde a criação do colegiado, demonstrando também o interesse de permanecerem defendendo os mesmos projetos políticos de interesse para o seu segmento, para a saúde, em Ribeirão Preto.

No período que corresponde ao recorte temporal da presente investigação, que é de abril de 1991 a dezembro de 1998, foram convocadas 66 reuniões; em 21,2% delas (14), os Conselheiros não puderam deliberar pois não se obteve número de membros participantes suficiente para atingir o “quorum” deliberativo, que de acordo com o artigo 9º, & 1º, da Lei 5972⁽⁶⁴⁾, requer maioria absoluta (50% mais 1) de seus membros.

Quanto às deliberações, verificamos que são tomadas tanto através do voto, quanto por consenso. Como exemplo de deliberação através do voto, destacamos uma das reuniões realizadas em 1994, em

que foi discutida a destinação de verbas do Ministério da Saúde para os hospitais. O Hospital das Clínicas da FMRP, que é um órgão público, e o Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, que é filantrópico, conveniado, pleitearam a verba. Ambos os pleitos foram defendidos por seus representantes, após o que procedeu-se à votação nominal cujo resultado beneficiou o Hospital das Clínicas. Acreditamos que prevaleceu entre os Conselheiros, nesta votação, o princípio constitucional de que os recursos do SUS devam ser aplicados, preferencialmente no setor público, e no setor filantrópico ou privado conveniado, complementarmente.

Como exemplo de decisão por consenso, destacamos uma das reuniões realizadas em 1997, em que decidiu-se a implantação do SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência, onde, por unanimidade, aprovou-se a sua implantação.

Verificamos também que de todas as reuniões convocadas, apenas duas foram por iniciativa dos Conselheiros, em 1992. Embora este expediente de auto convocação seja uma prerrogativa importante dos próprios Conselheiros, pois dá-lhes autonomia para elaborar a pauta e convocarem assembléias extraordinárias, observamos que só foi utilizado logo no início da criação do colegiado. Pressupomos que ou os Conselheiros não sentiram necessidade de outras auto convocações, ou então, o que pode ser mais provável, não conseguiram articularem-se entre si, para tanto, permanecendo no aguardo de que os respectivos Presidentes do Conselho, irão cumprir a lei, e sempre que alguma decisão importante precisar ser tomada, convocarão o colegiado.

Apresentamos a seguir, quadro demonstrativo das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, convocadas em cada ano, bem como se foi possível deliberar ou não, o que está condicionado à obtenção ou não do “quorum” mínimo.

Quadro 8: Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, convocadas no período de 1991-1998, segundo “quorum” mínimo obtido. Ribeirão Preto, 1999.

Anos Quorum	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	5	83,3	8	88,9	6	66,7	5	83,3	4	66,7	9	75,0	9	90,0	6	75,0	52	78,8
Não	1	16,7	1	11,1	3	33,3	1	16,7	2	33,3	3	25,0	1	10,0	2	25,0	14	21,2
Total	6	100	9	100	9	100	6	100	6	100	12	100	10	100	8	100	66	100

Fonte: Arquivos do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. 1999.

Observamos no Quadro 8, acima, que nos dois primeiros anos após a criação do colegiado, o “quorum” deliberativo foi obtido em mais de 80% das reuniões convocadas chegando-se a 88,9% em 1992. Já no ano de 1993, em que um novo Conselho foi eleito, houve uma queda significativa neste percentual, chegando-se a 33% a proporção das reuniões que não obtiveram o “quorum” mínimo para deliberação. No ano seguinte, 1994, houve uma melhora, subindo novamente para mais de 80% o percentual de reuniões que obtiveram o “quorum” deliberativo, mas em 1995 houve novamente uma queda, retornando-se aos índices do ano anterior. Em 1996, observamos uma recuperação, passando para 75% a proporção de reuniões deliberativas. O ano de 1997, em que também foi eleito um novo Conselho, foi o que registrou maior índice de participação dos Conselheiros nas reuniões convocadas, chegando-se a atingir o “quorum” mínimo em 90% delas. Porém, no ano seguinte, 1998, temos novamente uma queda, retornando-se aos 75%, as reuniões que obtiveram o “quorum” necessário para deliberação.

A partir de 1997 foram introduzidas algumas mudanças no funcionamento do colegiado, aprovadas na quarta Conferência Municipal de Saúde, permitindo que o mesmo se tornasse mais ágil, que foram, a já

citada indicação de membros suplentes de cada efetivo e a periodicidade das reuniões que passaram a ser mensais.

O problema da falta de “quorum” deliberativo, é uma questão que diz respeito, não só aos Conselheiros, como também à Administração Municipal, uma vez que ao mesmo tempo que os membros do Conselho reivindicam que todas as decisões devam ser tomadas no espaço do colegiado, segundo a Administração, muitas vezes, é preciso tomar decisões que não podem esperar o colegiado reunir-se.

3. 1. 2. A Agenda Temática

Passamos a seguir à análise dos dados empíricos coletados nas atas das reuniões do CMS, tentando identificar como tem sido, na prática, o funcionamento deste colegiado. Neste primeiro momento, trazemos os temas que estiveram presentes nas suas reuniões e que foram objeto de discussão e deliberação dos Conselheiros.

Para tanto fizemos leitura atenta das Atas de todas as reuniões do Conselho, desde a sua criação, em abril de 1991, até dezembro de 1998.

Embora toda convocação de reunião seja acompanhada de uma pauta, com os assuntos que serão tratados, observamos já na leitura das primeiras Atas, que os temas debatidos não se restringiam aos indicados na pauta. Por esse motivo, foi necessário procedermos à leitura integral das Atas para identificar os temas presentes. Vamos a eles.

Os temas identificados nas Atas foram agrupados nos seguintes Núcleos temáticos: Formação de Comissões, Cotidiano Assistencial das Unidades de Saúde, Assistência hospitalar, Fundo

Municipal de Saúde, Municipalização da Saúde e Ocorrências de eventos e/ou agravos à saúde coletiva.

A seguir trabalharemos cada um destes núcleos, articulando seus conteúdos com os das falas dos entrevistados que abordaram os respectivos temas.

3. 1. 2. 1. Formação de Comissões

A Lei 5972/91⁽⁶⁴⁾ diz no seu artigo 10º

“As universidades e instituições de ensino profissional e superior situadas no Município, as representações regionais das entidades fiscalizadoras do exercício ético-profissional na área de saúde e as entidades representativas de prestadoras de serviços de saúde, de profissionais de saúde e de usuários dos serviços de saúde de âmbito municipal são consideradas organismos colaboradores do CMS.

Parágrafo 1º - Haverá no CMS comissões setoriais, coordenadas por membros do Conselho, contando com a participação de representantes das entidades das respectivas áreas, referidas neste artigo, destinadas a promover estudos e elaborar relatórios e pareceres sobre temas específicos, que servirão de subsídios às decisões do Conselho.

Parágrafo 2º - Serão criadas comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuadas dos recursos humanos do SUS em nível municipal, bem como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”.

O CMS foi criado em 1991 e neste ano formaram-se sete Comissões sendo a maioria delas para cumprir as próprias atribuições do Conselho, com relação ao seu funcionamento. Isto é, elaborar os Regimentos Internos do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde, tendo ambas atingido seus objetivos; decidir sobre a participação do município nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde, programadas para o ano

de 1992; elaborar o Plano Municipal de Saúde. Conforme registro em ata, esta comissão não conseguiu cumprir sua tarefa até o final, ficando sua atuação limitada à análise e aprovação do Plano apresentado pela SMS.

Destacamos das Comissões formadas no ano de 1991, uma, proposta pela Câmara Municipal de Ribeirão Preto e que propunha a elaboração de um Programa de Controle do “Diabetes Mellitus” para o município. Esta comissão atingiu seu objetivo. O Programa foi apresentado ao CMS em janeiro de 1992, tendo sido aprovada sua implantação imediata em 06 Unidades de Saúde do município, o que começou a ser feito em maio de 1992.⁽⁶⁶⁾ Observamos que o êxito dos trabalhos desta comissão, criada a partir de uma solicitação do Legislativo e que contou com a participação de membros do Conselho, convidados, mas também de servidores municipais (técnicos), com certeza deveu-se a uma conjugação de interesses, tanto dos membros do colegiado e dos seus convidados, quanto da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente, 1999, encontra-se implantado em boa parte das 32 Unidades de Saúde do município.

No ano de 1992 foram formadas duas Comissões, sendo uma para elaborar o Regimento Interno da Comissão Municipal de Saúde e a outra para analisar Projeto de Lei da Câmara Municipal, que propunha a construção de um hospital infantil no município, cuja conclusão da Comissão foi pela não aprovação, considerando não haver necessidade do município investir na construção de hospital próprio, tendo em vista que já contava com oferta de leitos suficiente, sendo mais adequado investir na rede ambulatorial básica.

Analisando os resultados das Comissões formadas nestes dois primeiros anos de existência do CMS de Ribeirão Preto, temos a considerar que alguns limites já podem ser apontados, como por exemplo, a incapacidade ou impossibilidade de que a Comissão formada para elaborar o Plano Municipal de Saúde o tenha conseguido. Isto não quer

dizer, no entanto, que esta seja uma atribuição indevida; é importante que o colegiado desempenhe esta função, até porque, conforme diz o inciso II, do artigo 12º da Lei 5972/91⁽⁶⁴⁾ é atribuição da Comissão Municipal de Saúde “*elaborar o Plano Municipal de Saúde e submetê-lo à avaliação e aprovação do CMS*”. Acreditamos, contudo, ser imprescindível um aprendizado para executar tal atribuição. Não encontramos registrado nas Atas dos demais anos, informação de que se tenha novamente proposto ao CMS realizar esta importante tarefa.

Esta é uma atribuição que, além de conhecimentos técnicos específicos requer também disponibilidade de tempo para sua realização. Por outro lado, a SMS conta, desde 1990, com a Divisão de Planejamento, que possui equipe técnica qualificada, capaz de desempenhar a tarefa de elaborar o Plano Municipal de Saúde. Atualmente (1999), a responsabilidade pela elaboração do Plano é da Divisão de Planejamento, juntamente com outros setores da SMS, que anualmente o elabora e encaminha ao Conselho para aprovação. Ou seja, o trabalho é desenvolvido apenas pela instância técnica da SMS, sem nenhuma articulação com a instância política que é o Conselho. A forma que poderia permitir uma articulação destas duas instâncias, acreditamos que ainda seja através da formação de Comissões, como foi tentado em 1991.

WESTPHAL (1995)⁽⁸¹⁾ trata desta questão e aponta que, embora através da Educação não se possa solucionar todos os problemas e dificuldades advindas das atribuições conferidas aos Conselheiros da Saúde, poderá ser um caminho para prepará-los melhor para suas funções.

Nos quatro anos da segunda gestão (1993-1996), foram formadas cinco Comissões, sendo duas para organizar a realização de Conferências Municipais (1993 e 1996); uma para organizar a participação do município na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996; uma para organizar a 2ª Conferência Estadual de Saúde, também em 1996 e uma

para rever o Regimento Interno das Comissões Locais de Saúde, em 1995, sendo que todas atingiram seus objetivos.

Observamos que nos 4 anos desta gestão do CMS, as Comissões formadas trataram de temas já trabalhados nos anos anteriores. Destacamos a Comissão encarregada de rever o Regimento Interno das Comissões Locais de Saúde. Esta Comissão, atendendo reivindicação de representantes de Usuários, introduziu na composição das CLS, representantes indicados pelas Associações de Moradores, os quais não estavam previstos no Regimento proposto anteriormente. Esta questão, inclusive, foi apontada em uma das entrevistas, cuja fala diz que:

“a primeira votação foram excluídas as Associações ... nós perdemos na primeira votação e aí nós conseguimos retornar com isso para o Conselho, fizemos uma nova proposta e no aniversário de um ano nós conseguimos colocar dessa forma: doze representantes nas Comissões Locais, sendo 3 de Associações de Moradores e seus suplentes, 3 eleitos nas Unidades e seus suplentes, o Gerente da Unidade, mais 5 representantes dos funcionários, da forma como os funcionários se organizarem”(Ent.2;U).

Retomar esta questão, por parte dos representantes dos usuários no CMS, garantiu, acima de tudo, que as Associações de Moradores, representantes legítimos da sociedade civil organizada no seu próprio local de moradia, os bairros, onde estão localizadas e funcionam as Unidades de Saúde, possam, também, juntamente com os representantes eleitos pelo voto direto e os representantes dos servidores, exercer a cidadania participando do dia-a-dia destes serviços.

Nos dois primeiros anos da atual gestão (1997 e 1998), foram formadas quatro Comissões para tratar dos temas: rever os atuais horários de funcionamento das Unidades de Saúde e propor mudanças, tendo em vista os vários pedidos de ampliação de horários que têm sido enviados ao Presidente do CMS; estudar a criação do CRST - Centro de Referência em

Saúde do Trabalhador; organizar um Seminário sobre a NOB-01/96, do SUS e a última para rever as prioridades de construção e reformas de Unidades de Saúde, propostas pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e previstas na LDO de 1999.

Destas quatro Comissões, a única que não atingiu seus objetivos foi a que deveria rever e propor alternativas para o horário de funcionamento das Unidades de Saúde. A fala de um dos entrevistados expressa que:

“foi feito uma comissão dentro da FABARP - Federação das Associações, que fosse levado à todos, às CLS, a mudança de horário de funcionamento das UBSs ... essa comissão ... eu senti que a gente estava mais é para saber como é que estava o pessoal ... a gente fica sabendo que eles estavam entusiasmados na mudança de horário ... a desistência foi total em termo do pessoal, em termo dessa comissão ... como se diz ... dentro dessa própria comissão senti que tinham pessoas defendendo coisas pessoais ... o objetivo dessa comissão não era isso não ... o objetivo dela seria redefinição, adaptação de funcionamento ou então ampliação de horário ... aí foi extinguindo e foi acabando ... dentro dessa comissão que tinha algumas pessoas que tava querendo lutar por elas mesmo e a gente tem que lutar por uma coletividade”(Ent.4;U).

A proposta de formação da Comissão, previa que as alternativas poderiam ser não necessariamente ampliar o horário de funcionamento das Unidades, mas sim, propor horários diferentes dos já estabelecidos*. Porém, a comissão, por não ter conseguido atingir seus objetivos, também não propôs outros horários. Pelo desabafo do Conselheiro, expresso na fala acima, pressupomos até que um dos limites de ação da comissão, pode ter sido a resistência, por parte dos servidores de abrirem mão dos horários já estabelecidos. Por outro lado, também os

usuários dificilmente iriam propor o fechamento de Unidades, em alguns horários para proporem outros. De qualquer modo, as discussões havidas devem ter contribuído de alguma forma para o crescimento político dos seus integrantes.

O motivo que levou ao esvaziamento da comissão pode ter sido a frustração dos representantes dos usuários ao se depararem com a possibilidade de não verem concretizadas suas expectativas imediatas.

Outro aspecto a ser analisado é que este entrevistado demonstra uma preocupação em não defender interesses pessoais, apontando que a comissão deveria se preocupar com os interesses da comunidade, demonstrando maturidade política e uma clara consciência do seu papel no colegiado. Quando isto não ocorre, como expressa, a motivação deixa de existir e a participação na comissão, também.

A Comissão que tratou da criação do **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador** conseguiu resultados concretos, tendo culminado com a elaboração de um Projeto de Lei, discutido entre todas as entidades representativas de trabalhadores, além daqueles que já fazem parte do CMS, criando o referido Centro. O Projeto de Lei foi aprovado pelo Legislativo e inclui uma Comissão vinculada ao CMS, a qual encontra-se em fase de formação. Esta Comissão será composta de 16 membros, quatro deles, integrantes do CMS.

A criação do CRST foi aprovada na 4ª Conferência Municipal de Saúde, em maio de 1996. A partir daí, iniciou-se uma discussão entre representantes de Sindicatos de Trabalhadores, que enviaram uma proposta ainda incipiente ao CMS, já no final da gestão passada. Diante da impossibilidade de promover o necessário debate sobre tão importante tema, o colegiado decidiu pela não aprovação da proposta, tendo esta sido reapresentada pelos representantes dos sindicatos, na atual gestão. A

* Ver a respeito do horário de funcionamento das Unidades, nos Quadros 2 a 6, no Capítulo II da presente investigação.

partir da reapresentação da proposta, formou-se a Comissão, a qual, após vários debates e discussões, elaborou uma nova proposta, resultado de um consenso entre todos os segmentos que a compunham e, finalmente foi aprovada. Ao invés de se construir um prédio, que seria o CRST, que era parte do conteúdo da proposta inicial, aprovou-se que sejam constituídas equipes multiprofissionais que irão atuar nas Unidades Distritais de Saúde, no atendimento aos pacientes, de acordo com as diretrizes definidas pela Comissão citada há pouco. Esta Comissão deverá, também, a partir das informações provenientes do atendimento aos pacientes, atuar na elaboração e desenvolvimento de estratégias de intervenção voltadas para a Vigilância à Saúde do Trabalhador.

Salientamos que este tema esteve presente na agenda da atual gestão do CMS durante mais de um ano, bem como na fala de quase todos os Conselheiros entrevistados para o presente estudo, das quais destacamos as seguintes.

“quando nós fomos para a Conferência essa proposta chegou pronta pelo Sindicato ... não tinha sido discutido com os outros usuários, com a população como um todo ... então o que eu coloquei era que não assinaria nenhum abaixo assinado e não votaria no Centro de Saúde do Trabalhador porque não foi discutido conosco ... fazer o Centro não digo que se faça e até vai ser feito, mas não do jeito que estava lá”(Ent.2;U).

“a questão do CRST, ela foi discutida na Conferência e ela foi aprovada em tese ... eu acho, que mesmo o SindPD* tendo encaminhado a proposta como encaminhou, que nós aprovamos em tese, porque tinha um monte de equívocos ali, certo ... até tiveram que ceder numa série de coisas e nós tivemos que nos preparar para modificar uma série de coisas que estavam lá ... não criar um sistema paralelo de saúde do trabalhador ... é o exemplo da questão que foi muito trabalhada”(Ent.1;P).

* SindPD: Sindicato dos trabalhadores em Processamento de Dados.

Concluimos das falas acima que a formação de Comissões para se debater temas pertinentes, no âmbito do CMS, além de abrir o debate, torna público os projetos de interesse, ampliando as oportunidades de participação para a construção da cidadania, permitindo que outros sujeitos sociais interessados no tema, participem efetivamente, mesmo que não sejam membros integrantes do CMS. Além disso, abre a possibilidade de integrar as instâncias técnicas, através dos diversos setores da SMS, com a instância política, representada pela sociedade organizada presente no Conselho. Neste caso, permitiu a discussão do tema também com parte do segmento dos usuários, com os quais, conforme depoimento, inicialmente não haviam sido convidados para a discussão, que são os representantes das Associações de Moradores, bem como com o Programa de Saúde do Trabalhador da SMS.

A formação de Comissão para rever as prioridades de reformas e construções de Unidades de Saúde para 1999, embora tenha sido valorizada pelo conjunto do colegiado, tendo contado inclusive com a participação de representantes das Comissões Locais de Saúde de algumas das Unidades previstas para a realização das obras, sua formação foi considerada tardia por um Conselheiro entrevistado, que diz:

“eu não duvido e até talvez assine embaixo da priorização que o Departamento de Planejamento da Secretaria fez para a execução de obras da saúde nesse orçamento de 1999 ... porém, ela não veio da discussão com a população, ela não veio ... numa atitude desse Secretário, pela primeira vez, nós vamos conversar com a população através das Associações ... eu gostaria que tivesse isso acontecido no começo do ano, onde o pessoal pudesse, com liberdade, colocar suas necessidades e até dar outra direção talvez a tudo que vem acontecendo ... nós estamos trabalhando, assim, mais em cima do trabalho técnico, que a secretaria faz ... dessa vez, nós vamos à população sim, mas não vamos poder perguntar a eles o que é o prioritário, nós vamos dizer que já está decidido ... praticamente é isso que a gente vai dizer, e eu, por exemplo, gostaria que fosse muito mais,

infelizmente não deu, vai dar o que der para fazer, quem sabe dá para despertar”(Ent.2;U).

Observamos que o desejo deste Conselheiro é de que a priorização dos investimentos, isto é, a destinação de onde e como vai ser gasto o dinheiro da saúde não seja tratada apenas sob o ponto de vista técnico, com o qual, inclusive concorda, mas que seja tratado sob o ponto de vista daqueles que vão ser diretamente beneficiados ou não pela aplicação dos recursos, ou seja, que o aspecto político seja debatido.

Sobre esta questão, temos também a opinião de outro entrevistado, divergindo com relação à capacidade que determinados setores da população organizada teriam para participar, efetiva e autonomamente deste processo. Diz este entrevistado:

“Contudo, como na composição dos Conselhos há muitos leigos, compete aos técnicos que participam deles e da administração da Saúde apresentar as propostas e conduzir as discussões democraticamente, mas com explicações claras e acessíveis, demonstrando cientificamente e socialmente os resultados de estudos e de planejamentos para as ações em saúde”(Ent.11;G).

Enquanto o representante dos usuários ressentia-se do fato destes não poderem participar de todo o processo de definição das prioridades, considerando-se capazes de desempenharem esta atribuição, este gestor justifica esta forma de encaminhamento dos temas ao colegiado, isto é, depois de definir com base em critérios técnicos, o que julga ser o melhor, considerando que parte do colegiado não teria estes conhecimentos e conseqüentemente não saberia decidir, necessitando, por isso, serem tutelados pelos técnicos.

Esta prática tem sido habitual, pois com exceção da Comissão formada em 1998, tratando deste assunto, verificamos que todas as obras executadas a partir da criação do colegiado, foram decididas pelas respectivas equipes técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e

apresentadas ao CMS para aprovação, sem oportunidade de participação dos Conselheiros no processo como um todo. Embora tenha sido criada a instância política do colegiado, através da qual o Executivo tem a oportunidade ímpar de tornar transparente a sua administração, planejando e decidindo sobre as prioridades para a saúde, tendo o apoio da sociedade organizada representada no Conselho, isto não está acontecendo ainda, em nosso município. Porém, algumas das obras propostas e realizadas, com certeza atenderam necessidades apontadas pelas Conferências Municipais de Saúde realizadas, como por exemplo, o Centro de Controle de Zoonozes, aprovado na 4ª Conferência Municipal de Saúde⁽⁵⁸⁾.

Além da formação de Comissões no âmbito do colegiado, este indicou representantes para comporem os seguintes Conselhos e Comissões vinculadas ao CMS:

- Conselho Municipal do Trauma (1996);
- Conselho Municipal da Reforma Psiquiátrica (1997);
- Comissão Municipal para o Controle e erradicação do Aedes (1997);
- Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Farmácia e Odontologia da USP, de Ribeirão Preto (1998);
- Conselho Diretor do Centro de Saúde Escola (1997).

A participação de membros do CMS em outros fóruns de participação é importante, pois, possibilita que seja conferida uma maior visibilidade do significado desta instância deliberativa do SUS, embora, até o momento, esta presença esteja ainda restrita ao setor saúde.

Neste sentido, a NOB 01/96⁽¹⁰⁾, chama a atenção para o fato de que é preciso buscar a intersetorialidade, ou seja, desenvolver ações integradas entre diferentes setores e órgãos da Administração Municipal, como por exemplo, com a Educação e o Meio ambiente.

O controle social e seus instrumentos, como a consolidação das instâncias participativas do SUS municipal esteve presente na agenda do CMS durante todo o período estudado. Além da já citada atuação na organização das Conferências Municipais de Saúde, outro tema discutido com frequência foi a formação das Comissões Locais de Saúde junto às Unidades de Saúde. Em 1997 iniciou-se um processo de discussão para a criação destas Comissões inclusive junto aos prestadores, conforme destacamos na fala a seguir.

“poderia estar contando com Comissões locais, inclusive, nos serviços que são conveniados ... hospitais ... ao SUS, e temos condições de participar em todas as instâncias e de tomar decisões e de fiscalização ... nós encaminhamos, enquanto Comissão de Saúde da FABARP ... para o Conselho, uma proposta de regimento interno da Mater”(Ent.2;U).

Observamos nesta fala que o segmento que aglutina as Associações de Moradores está, com base no que lhes é permitido, legalmente, buscando ampliar os espaços onde possam exercer o Controle Social dos serviços de saúde, para além dos limites dos serviços públicos. Esta é uma dimensão da participação ainda pouco desenvolvida mas sem dúvida fundamental para o desenvolvimento da Cidadania.

Ainda com relação às CLS, em estudo realizado por FREDERICO & ALMEIDA (1999)⁽³⁷⁾, em Ribeirão Preto, das 32 Unidades de Saúde, municipais, 19 (59,38%), possuíam CLS funcionando regularmente, isto é, com reuniões mensais; 06 (18,75%), já haviam sido constituídas, mas encontravam-se desativadas e 07 (21,87%) não constituíram suas respectivas CLS.

Com relação às **Conferências Municipais de Saúde**, além de estarem presentes na agenda do CMS, enquanto atribuição, no

* Maternidade do município, conveniada ao SUS.

momento de organizá-las, foram motivos de discussões freqüentes, principalmente com relação à necessidade de implementação das propostas aprovadas em cada uma delas. No entanto, embora muitas vezes trazidas à tona, suas conclusões nem sempre têm sido transformadas em projetos e implementadas, efetivamente.

Pela importância de que se reveste a realização das Conferências de Saúde, no processo de implementação da Reforma Sanitária e por sua estreita vinculação com nosso objeto de estudo, consideramos pertinente nos determos um pouco mais na análise deste tema, sob o ponto de vista dos Conselheiros e gestores entrevistados.

Os Conselheiros entrevistados, que já participaram de alguma Conferência Municipal de Saúde, demonstram-se frustrados quanto à não implementação das propostas aprovadas neste importante fórum, conforme apontam as falas a seguir.

“acho que ainda as Conferências, elas são um espaço importante, para todas essas questões da saúde aparecerem ... sinto, às vezes também que elas também assumem um caráter mais formal, né, porque muitas das questões que a gente vê discutidas e deliberadas nas Conferências, pelo menos a nível de Ribeirão, nós não conseguimos, de uma maneira ou de outra, fazer elas andarem; muitas delas né ... a própria história dos Recursos Humanos, da carreira né, essa também, foi, entra e sai, entra e sai, entra e sai, né”(Ent.16;P).

“eu acho bastante interessante essas Conferências porque é, na minha opinião, da desigualdade que se forma um consenso ... mas eu não acredito ou eu tenho dúvidas se aquilo que decide, ou aquilo que se discute na Conferência, se tem um encaminhamento retilíneo e as decisões são tomadas baseadas nas decisões das Conferências, eu tenho minhas dúvidas”(Ent.8;P).

“o que eu quero dizer é que ainda ela cumpre mais uma agenda ... a gente vê, que muitas questões que ... saem nas deliberações das Conferências, pelo menos nas municipais, os Conselheiros não utilizam ... para a implementação das políticas de

saúde do município ... eu falo que dentro da pasta dos Conselheiros deveria estar permanentemente as deliberações da Conferência, para minimamente ir acompanhando, ir vendo o que que aquele fórum decidiu e como é que nós vamos implementar ... então isso ainda é muito pouco ... eu acho que ainda, as Conferências não estão sendo aproveitadas na sua potencialidade para exigir a operacionalização das políticas a nível local. Mas eu ainda considero que é um fórum importante que ali nós podemos ainda implementar mais a participação”(Ent.1;P).

“olha ela está cumprindo uma etapa ... a gente, quando participa de uma Conferência, a gente pensa que seja uma coisa estrondosa, vou te dar um exemplo: a gente pensa em encher um caminhão, a gente encheu uma carreta grande quando vai ver o resultado final, quando a gente vê é uma carriolinha muito pequena certo, vamos supor, um balde não é nem uma carriola e a gente espera muito dessas Conferências ... através de tudo que se discute numa Conferência a gente tem quatro anos para fazer ... o que eles determinaram dentro da Conferência, para deliberar dentro de um Conselho, de 200 de 1000 coisas a gente acaba aproveitando um ou dois, nesses quatro anos”(Ent.4;U).

“eu acho que são muito importantes ... eu acho assim, um momento de avaliação, de retomada, de participação da população como um todo, só que, essa coisa da gente dizer que ela é um fórum de decisão, depois que ela passa, isso fica muito prejudicado. Quando nós começamos a cobrar o que foi decidido nas Conferências tem mil, mil, pessoas que ocupam postos, cargos, que definem a saúde que dizem que a Conferência não é deliberativa; que ela delibera aquilo do seu âmbito ... agora fora do que foi feito ali, as propostas do que foi aprovado pela comunidade, vai ser trabalhado pelo Conselho; quem decide na verdade é o Conselho ... que prioriza, que examina só que não há também muita ligação, ou pelo menos não há uma relação explícita do que foi discutido na Conferência e do que é realizado e levado ao Conselho. Isso não é considerado; nós não temos assim um parâmetro, pelo menos não claro, digamos que a secretaria, tecnicamente, através das pessoas que estão lá, envolvidas, considere as decisões das Conferências ... a gente perde a

seqüência, dos assuntos do próprio sistema ... a forma como elas são realizadas, aqui em Ribeirão Preto eu acho que elas podem melhorar ... eu acho muito importante, que se realize as Conferências, mas enquanto elas não virarem a Bíblia do Conselho, elas vão cumprir agenda”(Ent.2;U).

Conforme assinalado na construção do nosso objeto de estudo, a Conferência Municipal de Saúde ocupa o “status” de principal instrumento e mecanismo de participação de toda a sociedade organizada para *“avaliar a situação de saúde da comunidade em todos os seus aspectos e propor (grifos nossos) as diretrizes para a formulação da política de saúde no município”⁽⁶⁴⁾. Observamos, portanto, que a grande expectativa expressada por estes entrevistados quanto à abrangência e às potencialidades destes fóruns, é pertinente. No entanto, parece claro que a Conferência “avalia e propõe”, “não delibera”. Por isso mesmo, como assinalam os entrevistados é necessário que o Conselho, como é sua função, retome as proposições aprovadas nas Conferências para que sejam transformadas em projetos e implementadas. Esta iniciativa pode ser tomada tanto pelo gestor quanto pelos próprios Conselheiros, como fizeram os representantes das Associações e Sindicatos dos trabalhadores, ao retomarem a discussão da proposta de criação do CRST, discutido anteriormente.*

As Conferências de Saúde são, sem dúvida nenhuma, palco de disputa de poder político de inúmeros projetos de interesse. E como tal devem ser vistas pelos sujeitos sociais que delas participam. É evidente que, por exemplo, as proposições aprovadas, que demandarem investimentos financeiros importantes, terão que receber o apoio de outros setores da administração municipal, principalmente do executivo, para serem viabilizadas; para tanto, os sujeitos sociais interessados em tal proposta terão que construir amplas alianças visando concretizar seus objetivos. Portanto, retomar as proposições aprovadas nas Conferências e

colocá-las na Agenda temática do Conselho, parece ser o caminho que permitirá ampliar as potencialidades deste importante espaço de participação.

No sentido de dar continuidade ao que se decide nas Conferências, um dos Conselheiros expressa que isto já vem ocorrendo na atual gestão do colegiado.

“em relação às políticas de saúde do município, a continuidade disso, nós, desses dois anos para cá eu tenho percebido uma certa ... a gente está com um encaminhamento melhor disso ... não é porque está aprovado na Conferência que está dado, já; ... é um processo contínuo de luta e de briga mesmo para conquistas”(Ent.1;P).

Além de indicar um certo avanço na atuação da atual gestão do colegiado, este Conselheiro confirma o que dissemos há pouco, quanto ao jogo de poder que perpassa a realização de uma Conferência de Saúde, bem como a posterior implementação de suas proposições.

Ao falarem sobre as Conferências Municipais de Saúde, os gestores também referem que as mesmas, embora configurando-se em importantes espaços concretos de participação da população, não estão produzindo diretrizes políticas de acordo com as aspirações dos seus participantes pois muitas propostas são aprovadas e pouco ou quase nada se consegue implementar. As falas destacadas a seguir demonstram isso.

“nas Conferências Municipais ... tem acontecido de que todas as moções e todas as propostas têm lugar, todas são aprovadas e com isso não se marca política nenhuma. Eu acho que uma Conferência Municipal ela deveria ter uma tese e essa tese ser debatida, aprovada ou rejeitada ou modificada. Mas para isso é necessário que a própria administração exponha uma tese ... Eu acho que as Conferências de Saúde são um fórum extremamente importante, mas não se pode esperar que o espontaneísmo crie idéias ou crie caminhos; eu acho que cabe à administração provocar a Conferência, convocar e provocar a

Conferência, no sentido de colocar a tese mesmo, colocar alternativas de encaminhamento. Se isso não é feito a Conferência tende a se perder numa listagem imensa de reivindicações pontuais, moções, porque a saúde é muito problemática e ela acaba não cumprindo seu papel que seria definir caminhos, definir etapas, processo, essa coisa toda, no plano político”(Ent.10;G).

“Já tivemos Conferência que teve trinta e tantas conclusões e se você for fazer um balanço, duas ou três vingaram, o resto ... e aí começa a aparecer que você não está dando importância às Conferências. O importante é que, para o sistema ser importante ele tem que honrar as decisões deles. Ele deve discutir coisas importantes para poder ser considerado como um órgão importante”(Ent.15;G).

Embora abordando diferentes aspectos, estes dois gestores apontam que, além de se perderem em inúmeras propostas e resoluções, que posteriormente não são viabilizadas, estes importantes fóruns correm o risco de serem desacreditados; necessitariam, portanto, serem repensados numa outra direção.

Observamos que enquanto para os Conselheiros, as proposições aprovadas nas Conferências não são seguidas pelo Conselho e por isso não são implementadas, para estes gestores, as conclusões das Conferências não são seguidas, ou porque são exageradamente detalhadas ou porque são em grande quantidade.

Este outro gestor, além de tecer críticas, já apontadas, quanto à forma como as Conferências têm sido realizadas, sinaliza que deveriam ter uma outra direcionalidade e aponta os temas que poderiam ser tratados nestes fóruns, dando-lhes um sentido mais concreto.

“Eu tenho visto, ao longo dos anos, as Conferências de saúde que têm ocorrido em Ribeirão, têm toda uma participação, grande, muito boa, mas depois elas acabam se perdendo numa série de resoluções que detalham procedimentos, quando na realidade deveriam estabelecer diretrizes gerais

de política de saúde para o município. Quer dizer, como, de maneira geral, deve ser uma UBS, o que se deve entender por uma UBDS, de que forma as equipes de saúde devem se constituir, de como elas podem se integrar com a comunidade e receber nas CLS a avaliação, a participação, e as sugestões da comunidade; isso é que competiria a uma Conferência Municipal de Saúde. Então eu acho que a gente ainda tem que avançar muito”(Ent.17;G).

Para concluirmos a análise deste tema, iremos comentar sucintamente os relatórios das últimas três Conferências Municipais de Saúde realizadas neste município. Chamou-nos a atenção um aspecto que foi inclusive apontado por um dos entrevistados (Ent.16;P), que é a questão dos recursos humanos. O Conselheiro diz que o tema “entra e sai” nas Conferências. O que constatamos é que ele sempre esteve presente; e mais, as recomendações aprovadas são praticamente as mesmas, nos respectivos relatórios, refletindo que muitas questões permanecem não resolvidas, dos quais destacamos alguns itens a seguir.

Na segunda CMS, realizada em 1991, ano da criação do CMS, o relatório final aponta que

“muitas das deficiências sentidas pela população acabam no ataque direto aos funcionários ... que estão na linha de frente ... não têm preparo, nem condições de traduzir as angústias do público em ações concretas ... que as angústias dos usuários, muitas vezes são as mesmas que as dos trabalhadores de saúde”.⁽⁶⁰⁾

Na terceira CMS, realizada em 1993, a questão do Modelo Assistencial, tanto no que se refere ao acesso, capacidade resolutiva e satisfação dos usuários, recursos humanos, foram temas discutidos, novamente, refletindo serem questões extremamente relevantes, como podemos observar nas propostas aprovadas, destacadas a seguir, informando que haveria necessidade de:

“ter profissionais atendendo bem, e compromissados com a assistência à saúde da população; propiciar um atendimento humanizado e ético; cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde, principalmente médicos e diretores; proporcionar formação principalmente aos funcionários que recepcionam a clientela para prestação de um atendimento mais humanizado, sem discriminação; necessidade de se melhorar o relacionamento profissional-paciente; respeito mútuo entre trabalhadores e usuários”.⁽⁶¹⁾

Na quarta CMS, realizada em 1996, o relatório final diz que é necessário:

“melhorar o relacionamento entre a população e o servidor; capacitação dos profissionais de saúde para melhor atender à população, principalmente os que trabalham na recepção; melhorar o relacionamento interno dos profissionais de saúde; humanização do atendimento”.⁽⁶²⁾

Em princípio, o fato de alguns temas se repetirem nas Conferências Municipais de Saúde, não significaria nenhum demérito quanto à realização das mesmas. Até porque, os temas que se repetem fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde, como um todo. No entanto, da maneira como os próprios Conselheiros e gestores estão vendo este fato, significa que é preciso rever, não só a maneira como elas estão sendo convocadas e realizadas, como também o que motiva suas convocações. Como é o próprio Conselho quem aprova a sua convocação, elabora e aprova o seu Regimento Interno, poderia recuperar seu caráter de ser um espaço onde se avalie toda a situação das políticas de saúde para o município, mas que também se comprometa a implementar as mudanças que forem necessárias, para um melhor aproveitamento das potencialidades deste importante espaço democrático de participação social, e de exercício da Cidadania e do Controle social.

3. 1. 2. 2. Cotidiano Assistencial das Unidades de Saúde

As condições de funcionamento e o cotidiano assistencial das Unidades de Saúde esteve presente nas reuniões do CMS em todo o período estudado, incluindo desde aspectos de: manutenção das unidades e dos equipamentos; disponibilidade de recursos humanos capacitados; encaminhamento de pacientes a outros níveis de especialidade; baixa resolutividade dos serviços; falta de vagas para consultas médicas nas especialidades; falta de cumprimento do horário por parte dos servidores, até a necessidade de identificação dos servidores com uniforme e crachás, e à própria qualidade do atendimento prestado aos usuários, incluindo aspectos de relacionamento.

Quanto aos entrevistados, ao falar sobre os temas que são levados e discutidos no CMS, também apontaram o dia-a-dia das Unidades de Saúde como um tema que sempre está presente.

“algumas questões do cotidiano, que são questões ligadas à demanda, à demanda de atendimento ... problemas que às vezes se dão pontualmente em algumas unidades estão sendo discutidos”(Ent.1;P).

Este Conselheiro destaca um aspecto importante que é o fato de questões pontuais de algumas Unidades serem discutidas no colegiado. Isto provavelmente ocorre porque estas demandas não são solucionadas no local e no momento em que acontecem, o que seria desejável que ocorresse.

“eu acho importante as questões relacionadas à saúde ... problemas relacionados ao atendimento direto ... que como população ... eu acho que isso tem sim que ser levado, eu dei a minha opinião ... em relação à questão da organização dos postos ... da exigência que existe em relação aos recursos humanos, acho que isso é importante”(Ent.7;P).

“eu acho muito importante quando há uma avaliação ... uma pesquisa junto aos usuários ... qualquer coisa que se faça, junto ao serviço da saúde ...

coisa que há pouco, devia ter mais esse debate, essa integração ... que que o usuário pensa do serviço ... que que o usuário precisa, mais necessita do trabalho ... dos Conselheiros estarem ouvindo isso para ter uma visão mais ampla ... dentro da Unidade de Saúde ... de vários aspectos, com nós todos ali, eu acho que parece que a coisa fica mais rica, aparecem mais soluções ... mais concreto, porque é real ... as pessoas estão ali falando da experiência, ou de alguma denúncia para que a gente possa trabalhar melhor isso, no serviço”(Ent.9;U).

“ali é discutido, os mais diversos assuntos, desde que uma unidade está com problema, que uma unidade não está funcionando bem, que o médico está chegando atrasado, que não tem medicação, que a instalação não está bem ... o Senhor Secretário, ele está passando os informes para a gente ... depois a gente está também passando para ele isso tudo ... e eu acho isso daí muito bom ... muito bom que é uma forma de quando a gente não consegue na unidade, então, tem uma abertura lá na Secretaria da Saúde que a gente pode ... tem toda facilidade de conversar com o Senhor Secretário e dizer do problema da unidade ... a gente, nós Conselheiros deveríamos estar vendo essa situação também ... não só da unidade mas da nossa comunidade ... e estar chegando lá e falar, e falar na secretaria: olha eu tenho um doente perto da minha casa, daria para o Conselho, ou o Senhor Secretário fazer alguma coisa? ... eu estou pedindo como Conselheira, eu estou pedindo como Conselheira, não como Comissão Local de Saúde”(Ent.5;U).

“qualidade também no atendimento das UBS a gente discutiu muito e eu depois com tudo, com ... essas dificuldades a qualidade ainda tá ... tá melhorando dia a dia”(Ent.4;U).

Observamos que todos estes depoimentos expressam opiniões favoráveis a que o cotidiano assistencial das Unidades de Saúde seja discutido no colegiado. Talvez se os problemas pudessem ser tratados, como dissemos, no contexto mesmo onde ocorrem, fosse possível propor soluções que seriam acordadas entre os sujeitos sociais diretamente envolvidos, trabalhadores e usuários, e poderiam ser mais

eficazes as medidas porventura adotadas. Além disso, o fato de que, se os “produtores” das situações de conflito, pudessem sentirem-se responsáveis pela sua solução, talvez passassem a se preocupar mais em construir espaços para o respeito mútuo, o entendimento e assim produzirem relações de solidariedade, e, assim, sentirem-se capazes de “revolucionar o cotidiano”.

Sobre esta questão trazemos também a contribuição de alguns pesquisadores e que pode significar “a luz no fim do túnel” com relação aos problemas enfrentados no processo de trabalho no dia-a-dia das nossas Unidades de Saúde. Como temos visto, em vários momentos e com diferentes maneiras de se expressarem, os representantes de usuários falam da desresponsabilização do serviço de saúde para com o usuário, seja no relacionamento direto, seja em outros aspectos que estão presentes, não só no contato do usuário com o profissional que o atende, mas desde o momento que decide buscar a assistência à sua saúde. Estamos falando que, como aponta MERHY(1997,p.06)⁽⁵¹⁾,

“os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde”.⁽⁵¹⁾

Segundo este autor, para atender esta expectativa do usuário é preciso que no cotidiano dos serviços de saúde, sejam produzidos “espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo”, incluídos aqui, como trabalhadores de saúde, todos que em algum momento interagem com este usuário. Do porteiro ao médico, todos são responsáveis por criar os espaços humanizadores propostos acima.

A leitura das Atas nos mostrou que questões como estas têm sido abordadas pelo colegiado desde que foi criado. Com certeza isto continua sendo levado ao Conselho, e também às Conferências, por se

tratarem de problemas relevantes, que permanecem sem solução. É preciso encontrar uma maneira de canalizar esta demanda imediata, pois elas existem, são concretas e merecem atenção do conjunto do colegiado, embora, algumas vezes, alguns Conselheiros considerem isto menos relevante, conforme expressa a fala a seguir destacada.

“a gente vê nas reuniões do Conselho, muitas vezes, as pessoas tratando de problemas pessoais, não de problemas amplos, de problemas gerais ... é: ‘eu fui mal atendido naquela vez’ ... porque que você foi mal atendido? ... quer dizer, ela não vê a situação como um todo, ela vê o problema dela, particular, não o problema social, o problema da sociedade, do gerenciamento do serviço de saúde”(Ent.6;P).

Para este Conselheiro, o espaço do CMS estaria sendo mal aproveitado, ao tratar de questões pontuais como as que citou; reafirmamos o que dissemos há pouco: enquanto não existirem canais de comunicação mais próximos de onde estes problemas estão ocorrendo, estas demandas continuarão sendo levadas ao Conselho.

Ainda com relação ao cotidiano das Unidades de Saúde, membros do Conselho fizeram algumas propostas, procurando dar sua contribuição para equacionar questões pertinentes ao dia-a-dia dos serviços de saúde municipais. Destacamos a seguir, aquelas que consideramos de maior relevância, bem como os encaminhamentos dados a cada uma delas.

- Redefinição das áreas de abrangência das Unidades de Saúde, apresentada em 1992; não consta se foi realizado. A regionalização do atendimento na rede básica municipal de saúde, apesar de necessária para organizar tecnicamente, direcionando de maneira racional, a demanda por assistência, é uma questão polêmica, pois, sempre foi definida sem a participação dos usuários e este nem sempre concorda com a decisão tomada pelos técnicos. Este foi o motivo que levou os Conselheiros, já em

1992, proporem a redefinição mas, como vimos, parece não terem conseguido, pois não encontramos registro da conclusão deste trabalho, nem mesmo se foi iniciado.

- Realizar Encontro das Comissões Locais de Saúde do município; proposto em 1998 e concretizado em 04 de julho de 1999, com a participação de CLS de todas as Unidades que já contavam com as mesmas. Também estivemos presente ao evento, na condição de participante, porém não tivemos acesso ao seu relatório final.

- Organizar Seminário para discutir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e a NOB-01/96, do SUS; proposto em 1997 e realizado em 1998, o qual contou com expressiva participação dos Conselheiros efetivos e suplentes, bem como com um grande número de servidores da rede municipal de saúde e de estudantes da área. Este foi o primeiro evento organizado e realizado pelo Conselho, para discutir com os interessados, uma Norma Operacional do SUS, neste município.

- Formar as Comissões Distritais de Saúde; proposto em 1998, mas também ainda não concretizado.

É extremamente relevante trazer para as reuniões do CMS o dia-a-dia das Unidades de Saúde, isto porque todas estas questões levantadas, com certeza interferem na qualidade da assistência oferecida, tanto nos aspectos do relacionamento dos servidores com os usuários, quanto nos encaminhamentos a outros serviços. Além disso, os fóruns de participação e de decisão do SUS, como os CMS, permitem que se dê voz aos *“setores que mais têm necessidade de vocalizar e ter absorvidas suas demandas”* (CARVALHO, 1997, p.106)⁽²¹⁾.

3. 1. 2. 3. Assistência Hospitalar

O tema da assistência hospitalar no SUS, esteve presente em quase todas as reuniões do CMS, no período estudado. Porém, apenas nos

últimos três anos é que foi abordada a assistência hospitalar propriamente dita, ou seja, a qualidade desta assistência. Nos demais anos, o que se discutiu sempre foram as questões diretamente relacionadas com o financiamento desta atividade, principalmente quanto aos atrasos no pagamento, bem como os valores da tabela do SUS. Embora o município tenha passado a gerenciar, de fato, o pagamento desta atividade, somente em 1996, quando habilitou-se na Gestão Semi-plena do Sistema de Saúde, o CMS, mesmo diante da impossibilidade de tomar alguma medida concreta para solucionar a questão, sempre as discutiu em suas reuniões. E nem poderia deixar de fazê-lo uma vez que a assistência hospitalar é parte importante da assistência à saúde dos cidadãos.

Outros aspectos também foram abordados pelo colegiado, como: sobrecarga da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas; poucos leitos para internação de pacientes com AIDS, o que foi solucionado com a construção de uma Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas, no Hospital das Clínicas da FMRP da USP; internação de pacientes psiquiátricos, principalmente no início dos novos critérios e fluxos para internação destes pacientes, consequência da Reforma Psiquiátrica. A discussão desse tema no CMS permitiu uma compreensão melhor do que se pretendia com esta Reforma e acreditamos que tenha contribuído para uma melhor aceitação por parte da comunidade; necessidade de se criar a Central de Vagas para urgência, proposta aprovada na 4ª Conferência Municipal de Saúde, e que foi implantada em 1997, juntamente com a implantação do SAMU.

A partir de 1996, com a entrada do município na Gestão Semi-plena, algumas medidas concretas foram tomadas no âmbito do Conselho, para encaminhar alguns dos aspectos financeiros apontados. A questão do atraso dos pagamentos foi solucionada, pois, desde 1996, a Secretaria Municipal de Saúde passou a pagar em dia, os prestadores (hospitais, laboratórios, etc.), e antecipar 60% do faturamento, no início de todo mês,

assim que recebia o repasse dos recursos do Ministério da Saúde. Porém, isto não impediu que um dos hospitais que atendiam pacientes SUS, para fazer hemodiálise decidisse não mais fazê-lo, a partir de 1996. Neste mesmo ano foi proposta a criação de um índice de valorização dos hospitais, para, além de permitir que estes melhorassem sua arrecadação, pudesse ser feito, pela SMS, também um controle da qualidade do serviço prestado, com critérios objetivos; até final de 1998, este índice ainda encontrava-se em estudos.

Em 1997, apesar do pagamento antecipado aos hospitais, estes continuaram com seus problemas financeiros sem solução. Isto fez com que o CMS, após estudos de viabilidade técnica e financeira apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, aprovasse uma subvenção a ser paga durante 6 meses, tendo o hospital que cumprir algumas exigências, como por exemplo,

“não recusar atendimento e internação, dentro das especialidades que está apto a atender, a pacientes encaminhados pelo SAMU e pelo Resgate do Corpo de Bombeiros, ainda que estejam ocupados todos os leitos destinados a pacientes do SUS; não recusar, no caso de possuir leitos de obstetrícia, atendimento a parturientes do SUS; indicar, em local visível do hospital, o número de vagas existentes no dia, para conhecimento da clientela do SUS; facilitar a ação do Conselho Municipal de Saúde⁽⁶⁵⁾.

Conforme consta do Quadro 1, no capítulo II deste estudo, os usuários do SUS, deste município, contam com 1419 leitos para internação, incluídos aqui, os 652 leitos do HCFMRP-USP e o 447 leitos do Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, ambos gerenciados pelo Estado. Assim, a SMS, através da sua Divisão de Avaliação, Controle e Auditoria (DACA), é responsável pelo controle das internações nos 320 leitos conveniados distribuídos pelos demais hospitais. Este controle é feito da seguinte maneira:

1 - o hospital recebe o paciente encaminhado de qualquer UBS/UBDS ou, em caso de urgência, paciente que procura diretamente o hospital;

2 - confirmada a necessidade de internação, a mesma é realizada e o hospital emite um laudo, solicitando a AIH, à SMS, através da DACA;

3 - esta, analisa o laudo e se justificar a internação, emite a AIH ao respectivo hospital;

4 - o hospital, após a alta, fornece os relatórios que comprovam que a internação foi realizada, envia à SMS, que audita os procedimentos informados pelo hospital. Só depois disso é que o hospital emite a fatura para receber o pagamento pela internação.

Estes procedimentos, por parte da SMS, deve impedir que sejam realizadas internações desnecessárias, bem como que o hospital receba pagamento de internações e/ou procedimentos não realizados.

Em 1998 foi proposto pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo CMS, o desenvolvimento de ações no sentido de melhorar a assistência hospitalar ao parto, através do atendimento regionalizado dos hospitais às gestantes, (mantendo porém a possibilidade de escolha por parte da gestante) sendo que estas seriam encaminhadas ao hospital, a partir da 36ª semana de gravidez, para que pudessem conhecer o local e a equipe e com isso, possibilitar um relacionamento mais pessoal e humano no momento em que fosse dar à luz. Estas mudanças começaram a ser implantadas no final de 1998, quando estávamos concluindo a coleta dos dados, não tendo sido possível neste estudo apontar o resultado dessas medidas.

Além das medidas concretas apontadas acima para dar um melhor direcionamento à assistência hospitalar às gestantes usuárias do SUS, neste município, nenhuma outra ação foi proposta, concretamente, visando melhorias na qualidade da assistência hospitalar prestada a todos

os usuários do SUS. Acreditamos que neste aspecto ainda temos um longo caminho a percorrer. Observamos, neste estudo, que por parte dos representantes de usuários no CMS, muitos são os momentos em que se colocam as queixas relativas ao atendimento nas Unidades de Saúde municipais; o mesmo não ocorre com relação aos hospitais. Contudo, este silêncio não pode ser interpretado como se tudo estivesse correndo bem. A fala destacada abaixo traz, uma declaração contundente sobre o cotidiano dos hospitais prestadores de serviço ao SUS

“depois que uma patologia acontece, é um calvário, a gente sente isso ... a gente mais ligada com o dia-a-dia, a gente sente o drama das pessoas ... a gente tem pessoas que usam o Sistema do SUS, na família, a gente vê como as pessoas sofrem, como às vezes você tem que intervir, ou interferir para que as pessoas consigam um melhor atendimento, então, você sente isso na população ... quando a gente discute, quando a gente briga, é porque, não no sentido do seu lado, mas do lado do paciente ... às vezes as pessoas não entendem porque que você faz determinadas brigas, mas é porque eu sei que o paciente vai continuar dando murro em ponta de faca, os parentes dos pacientes vão continuar batendo nas secretárias nas portas dos hospitais, e as pessoas que realmente têm influência no assunto, que podem modificar, estão longe do sistema, eles não sabem”(Ent.6;P).

O depoimento deste entrevistado coloca em cena uma importante questão sobre a qual não encontramos registro na leitura das Atas, nem enquanto demanda de usuários nem dos prestadores destes serviços, que é a questão da qualidade da assistência hospitalar prestada, principalmente no que se refere à relação dos usuários com os serviços. Muito provavelmente esta não é uma situação nova; o que pode estar ocorrendo é que, os usuários destes serviços ainda não reconhecem no CMS o espaço para colocar questões relativas à qualidade da assistência hospitalar prestada, mesmo pelos estabelecimentos conveniados.

Uma das formas de encaminhar possíveis soluções para as questões levantadas por este Conselheiro talvez sejam a formação de Comissões Locais de Saúde, junto às instituições prestadoras de serviços, conveniadas ao SUS, previstas na legislação municipal existente e já mencionadas neste estudo.

3. 1. 2. 4. Fundo Municipal de Saúde

Tendo em vista que o CMS tem como uma de suas atribuições controlar e fiscalizar a utilização dos recursos financeiros destinados à Saúde, principalmente aqueles repassados pelo MS, este também é um tema que em quase todas as reuniões do período estudado, esteve presente.

A vinculação do Fundo Municipal de Saúde à Secretaria da Fazenda é um ponto sempre levantado quando são discutidas, analisadas e aprovadas as prestações de contas da Secretaria Municipal de Saúde. Entendem os Conselheiros que esta vinculação dificulta o desenvolvimento das ações, por parte da SMS, pois esta necessita do aval da Secretaria da Fazenda para utilizar o recurso próprio que lhe é destinado. Como forma de minimizar esta dependência da Secretaria da Saúde com relação à Secretaria da Fazenda, já em 1992 o CMS decidiu que, embora as compras continuassem sendo feitas pela Secretaria da Fazenda, por questões operacionais, as prioridades seriam definidas pela Secretaria da Saúde.

Quando da aprovação do pleito de Gestão Semi-plena, em 1995, os Conselheiros aprovaram também uma proposta de que fossem envidados todos os esforços para que o mais depressa possível, o Fundo Municipal de Saúde viesse a se tornar independente da Secretaria da Fazenda. Até o final de 1998 isto não havia sido viabilizado.

As prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde é outro tema que causa polêmica e que sempre esteve presente, até porque, como já dissemos, esta é uma das atribuições do colegiado, prevista na Lei 5972/91⁽⁶⁴⁾, no artigo 7º, inciso XII, segundo o qual compete ao CMS *“fiscalizar a movimentação dos recursos repassados à SMS e ao FMS, sem prejuízo da competência da Câmara Municipal e dos Tribunais de Contas do Estado e da União, nessa matéria”*.

Muitos questionamentos têm sido levantados com relação à forma como são apresentadas estas contas, desde que o Conselho foi criado em 1991. Para alguns Conselheiros, esta atribuição tem sido desempenhada, mais como cumprimento de uma formalidade, tanto pela forma como estas contas são apresentadas para análise, quanto pelo momento que são trazidas para o colegiado, isto é, depois que o recurso já foi utilizado, conforme destacado a seguir.

“a aprovação de contas tem sido discutida ... tem determinados assuntos, a questão financiamento ... a forma nossa de prestação de contas que a gente vem levantando, né? ... que o que nós estamos fazendo ... eu acho que isso é histórico e essa reclamação também é histórica em Ribeirão ... nós temos Conselheiros que estão desde o primeiro Conselho ... a forma como a gente faz a prestação de contas, não nos satisfaz ... não vem aqui nenhuma idéia de desconfiança mas ele não dá a visão do todo, a visão onde está sendo maior o investimento, onde que a gente poderia fazer uma avaliação ... na hora que se quiser discutir um outro programa, se teria recurso para tirar de algum lugar ou não, ou até para avaliar que tipo de modelo nós estamos privilegiando no município de Ribeirão Preto, do jeito que nós estamos prestando conta não dá”(Ent.1;P).

Observamos que a preocupação deste entrevistado não é tanto por desconfiança se o recurso está sendo gasto na Saúde ou não, mas sim pela falta de oportunidade que o colegiado está tendo em participar do processo de elaboração dos projetos desde o seu início. Está

mais preocupado em participar, contribuindo na definição das prioridades do que em fiscalizar.

Apresentamos alguns dados concretos sobre o montante de recursos financeiros que o Orçamento* deste município destinou à Secretaria da Saúde, a partir da criação do Conselho Municipal de Saúde.

Tabela 1: Percentual, do Orçamento Municipal, destinado à Secretaria da Saúde, no período de 1992 a 1998, no município de Ribeirão Preto. 1999.

Ano	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
%	17,41	19,45	23,15	20,83	25,59	32,43	31,67

Fonte: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Fev/1999.

Observamos na Tabela 1, acima, que neste período houveram oscilações, tanto para mais quanto para menos no percentual de recursos financeiros do Orçamento Municipal destinado à Saúde.

Em 1996, com a assinatura do convênio de Gestão Semi-Plena do Sistema Municipal de Saúde, o município passou a receber do Ministério da Saúde, o valor de R\$2.335.514,00 por mês. Em dezembro de 1997, por decisão da Comissão Intergestora Bipartite, houve uma redução no valor do repasse do MS, para vários municípios, dentre eles Ribeirão Preto. Neste, a redução foi de cerca de 7%, o que significou uma perda de R\$1.998.000,00 ao ano.

Com a implantação da NOB-01/96, no final do ano de 1997, iniciou-se o repasse de recursos financeiros ao município, denominado Piso Assistencial Básico - PAB. Para este município, o valor "per capita" do PAB - parte fixa para Ribeirão Preto é de R\$17,34⁽¹²⁾, para uma população de 462.519 habitantes. Assim sendo, o município passou a receber também

* Os repasses financeiros do Ministério da Saúde, ao município, estão incluídos no Orçamento Municipal.

este recurso, que soma um total de R\$668.448,10 ao mês, o qual tem sido feito desde abril de 1998, mensalmente.

No ano de 1997, a média mensal de repasse do Ministério da Saúde ao município de Ribeirão Preto, foi de R\$3.182.906,12 e em 1998 foi de R\$2.974.981,22.

Atualmente, abril de 1999, na condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde, o município de Ribeirão Preto recebe, depositado diretamente na conta do Fundo Municipal de Saúde, proveniente do Ministério da Saúde, o valor de R\$2.850.541,01 incluindo o PAB.

Verificamos aqui, que mesmo com a introdução do PAB, os repasses do Ministério da Saúde ao município de Ribeirão Preto vêm diminuindo nos últimos anos, chegando ao percentual de 6,53% a menos, de 1997 para 1998 e de 4,18% a menos, de 1998 para 1999, isto se os atuais valores se mantiverem, sem nenhuma outra mudança.

A discussão do Orçamento municipal foi trazida para o CMS nos anos de 1992 e 1996. Em 1995, foi o primeiro ano em que a Lei de Diretrizes Orçamentarias esteve presente na agenda do Conselho, tendo retornado em 1997 e 1998. Também em 1997, o Plano Plurianual foi discutido no Conselho. No entanto, os Conselheiros consideraram que estas discussões têm sido realizadas com pouco tempo disponível, não permitindo uma participação mais efetiva do conjunto do colegiado.

“o CMS ... segundo a legislação do SUS ele tem ... principalmente aqui em Ribeirão Preto que hoje atingiu a Gestão Plena ... ele decide desde o Plano Plurianual até o Plano de Diretrizes Orçamentarias ... a priorização das obras ... decide sobre as prestações de contas ... bom, quer dizer, que aconteçam por exemplo, a participação no Plano Plurianual, na elaboração do Plano de Saúde do Município, muito anterior à época em que as coisas estão prontas e a gente só vota o que já está pronto ... no próximo ano logo no começo ... quem sabe no começo do ano a gente possa consultar melhor e

ter uma visão mais perfeita das necessidades de Ribeirão”(Ent.2;U).

Também este entrevistado, ao comentar sobre os instrumentos que direcionam onde e quanto será investido, financeiramente, em cada setor do município, bem como na elaboração do Plano Municipal de Saúde, deseja que o CMS tenha oportunidade de participar de todo o processo, expressando assim um Direito de Cidadania, que é de poder interferir no destino político da verba pública.

Retomaremos a questão do Fundo Municipal de Saúde no decorrer desta análise, quando falarmos do Controle Social na ótica dos Conselheiros e dos Gestores.

3. 1. 2. 5. Municipalização da Saúde

Todas as questões que dizem respeito à Municipalização da Saúde, quanto aos seus aspectos legais, estiveram presentes na agenda do CMS, no período estudado. Foram elas:

- Convênios com instituições prestadoras de serviços ao SUS;
- discussão das NOBs do SUS 01/91, 01/93 e 01/96;
- informatização da rede municipal de saúde, em 1993;
- isonomia salarial aos servidores estaduais municipalizados, aprovada pela Câmara Municipal em 1993;
- criação do PCCSs* dos servidores municipais, em 1993;
- opção pela Gestão Parcial em 1994[†];
- aprovação do pleito de Gestão Semi-plena, em 1995;
- aprovação do pleito de Gestão Plena, em 1998 e conseqüentemente, as discussões sobre alguns de seus componentes: PPI

* Plano de Carreira, Cargos e Salários.

[†] Por dificuldades administrativas por parte da SMS, este tipo de gestão não foi implementado, tendo o município permanecido como Gestor Incipiente até 1996, quando então habilitou-se na Gestão Semi-plena.

- Programação Pactuada Integrada, PAB - Piso Assistencial Básico e a própria Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Discutiu-se e aprovou-se também os documentos necessários para que o município recebesse os recursos financeiros a serem repassados pelo Ministério da Saúde, a saber:

- Programa emergencial de combate à Dengue e à Febre Amarela, em 1991;

- Plano Municipal de Saúde, em 1992 e 1998;

- Plano Diretor do Município, em 1994 e

- Plano de erradicação do *Aedes aegypti*, em 1997.

Também as oportunidades de discussão de alguns desses itens foi considerada insuficiente por alguns Conselheiros.

“muitas vezes em função do tempo exigido ... dos prazos as coisas às vezes têm que ser aprovadas muitas vezes sem saber ... sem subsídios maiores ... quais as implicações disso ... por exemplo, quando nós aprovamos a Gestão Plena do Sistema, em Janeiro, um assunto que eu gostaria de ter explorado era a PPI, a Programação Pactuada Integrada, quais seriam as implicações que Ribeirão Preto teria nisso ... eu senti que teve muitos Conselheiros que não sabiam bem o que seriam ... e então aprova muitas vezes sem saber o que está aprovando ... muitos Conselheiros não entendem o que está acontecendo e depois a hora que acaba a reunião vem perguntar e aí fala, ‘mas se eu soubesse disso a gente podia ter feito uma outra votação ou então adiado’ ... eu acho que é isso que nós Conselheiros precisávamos cobrar mais, de que os assuntos que vão sendo discutidos ali, precisam ser melhor explorados ... a gente conseguir maior subsídio, para que depois a gente vai fazendo ponte entre um assunto e outro, senão fica uma reunião ... não de deliberação mas de cumprir agenda ou ... você simplesmente estar referendando, certo? ... o que o outro fez”(Ent.1;P).

Observamos neste depoimento uma insatisfação ou até mesmo, frustração deste Conselheiro por ter votado favoravelmente,

matérias as quais nem todos os Conselheiros estavam devidamente esclarecidos sobre o assunto, para votarem conscientemente. Com isso, certamente, adiam discussões que dificilmente serão retomadas, devido, principalmente outras questões que irão ocupar a agenda do colegiado e que também irão necessitar de sua aprovação. A impressão que temos é de que realmente o CMS está, neste aspecto, deliberando apenas para cumprir os prazos e o município não perder recursos. Embora esta fala seja de um Conselheiro que exerce a função, nesta gestão e pela primeira vez, esta queixa é histórica; na gestão passada, em que exercíamos mandato de Conselheiro da Saúde, vivemos situações semelhantes e também aprovávamos matérias nas mesmas condições para que o município não fosse prejudicado.

Acreditamos que, como diz este Conselheiro, é preciso que se encontre maneiras de acabar com este círculo vicioso, tornando as deliberações do colegiado mais conscientes e conseqüentemente mais condizentes com o exercício da democracia. Assim, teríamos maiores possibilidades de construir uma gestão colegiada mais transparente.

3. 1. 2. 6. Ocorrências de eventos e/ou agravos à saúde coletiva

Desde que o CMS foi criado, em 1991, o município viveu momentos de grande preocupação com relação a várias ocorrências no âmbito da saúde coletiva, como: Epidemia de Dengue clássica, Tipo I, em 1991 e 1995, Epizootia de Raiva, em 1995 e Epidemia de Sarampo, em 1997.

Em todo período estudado, encontramos registrados, nas Atas das reuniões do CMS, as seguintes referências sobre este tema:

1991: Epidemia de Dengue, medidas de prevenção ao Cólera e necessidade de controle de escorpiões e ratos;

1992: Medidas de prevenção ao Cólera;

1993: Campanha de Multivacinação;

1994: perda de muitas doses de vacinas, em decorrência do vendaval que ocorreu na cidade e discussão sobre o aumento do número de casos de Meningite meningocócica no município;

1995: Epizootia de Raiva; aumento do número de casos de Meningite meningocócica e novamente Epidemia de Dengue clássica Tipo I;

1996: Aprovação da construção do Centro de Controle de Zoonozes;

1997: Número de casos de Dengue Tipo I; Campanha de Multivacinação; Epidemia de Sarampo; vacinação contra o Sarampo; proposta de redução da Mortalidade Neo-Natal e Aborto legal;

1998: Aparecimento de casos de Dengue Tipo II; ação contra Dengue com a participação das CLS da Distrital Leste; Campanha contra a Dengue em todo o município; necessidade de se implantar medidas preventivas contra acidentes de trânsito e Programa de combate às Carências Nutricionais, do MS.

Observamos que, embora problemas graves como os citados acima, tenham sido alvo de discussão no Conselho, ações que são desenvolvidas todos os anos, de interesse coletivo, como as Campanhas de Vacinação, só estiveram presentes nos anos de 1993 e 1997. A Campanha de Vacinação contra a Febre Amarela, devido à permanência do vetor na área urbana, realizada em 1992, não foi tratada.

Outra importante medida de controle de doenças que deixou de ser levada ao colegiado, foi a introdução, no Calendário de vacinas, do estado de São Paulo, e conseqüentemente do município de Ribeirão Preto, da Vacina contra Sarampo, Rubéola e Caxumba, também no ano de 1992.

Esta constatação é condizente com o modelo de assistência à saúde, vigente, centrado na atenção médica, tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial, individual e curativa, fazendo com que as questões

relacionadas à promoção à saúde e à prevenção de doenças pouco tenham sido tratadas no âmbito do colegiado, predominando as questões relativas à assistência individual.

Concluindo esta Unidade Temática, verificamos que o CMS de Ribeirão Preto, nestes 8 anos de existência, passou por três administrações; em nenhuma delas percebeu-se alguma inflexão, no que se refere à implementação da Reforma Sanitária neste município. Isto é, nas três administrações observou-se uma continuidade, quanto à implementação da política municipal de Saúde, a qual, de acordo com os dados analisados, até o momento tem-se mantido coerente, na perspectiva de construção do SUS municipal.

Outra conclusão é que o CMS tem constituído uma regularidade no seu funcionamento, bem como tem tratado de quase todas as questões de sua competência, como por exemplo, as medidas concretas tomadas em relação à situação financeira dos hospitais; aprovar a informatização da rede municipal de saúde; realizar as Conferências Municipais de Saúde; incentivar a formação das CLS, entre outras deliberações apontadas no decorrer deste estudo.

Por outro lado, temos a destacar também que, ainda não conseguiu, sob o ponto de vista dos Conselheiros, aqui comentados, exercer o Controle Social a contento. Isto porque, embora todos os temas de sua competência têm estado presentes na Agenda temática do colegiado, a discussão havida em torno de cada um deles, não tem sido aprofundada, tanto quanto desejariam que fosse.

3. 2. Construindo o Controle Social na ótica dos Gestores

Procuraremos nesta Unidade Temática, traçar um perfil, sob o ponto de vista do Gestor municipal, de como vem se desenvolvendo, através da participação social, a gestão colegiada, neste município, desde a criação do CMS, em 1991, até 1998, tendo como base, as entrevistas realizadas com os quatro Gestores (Secretários Municipais de Saúde) do período.

No período em questão, a função de gestor do SUS, no âmbito municipal e portanto, também a Presidência do CMS foi exercida por quatro Secretários Municipais de Saúde, a saber:

- abril de 1991 a dezembro de 1992; final de uma Administração Municipal com eleição de novo Prefeito e conseqüentemente houve a substituição do Secretário da Saúde;

- janeiro de 1993 a dezembro de 1996; neste período o cargo de Secretário da Saúde foi exercido por um Secretário, de janeiro de 1993 a outubro de 1994; a partir de então o cargo foi exercido por outro Secretário, até dezembro de 1996, quando também houve a mudança de Prefeito;

- janeiro de 1997 a dezembro de 1998; neste período o cargo de Secretário da Saúde foi exercido por um Secretário. Em 1998 terminou o período de coleta dos dados empíricos da presente investigação.

As informações contidas nas entrevistas foram agrupadas, tendo como referência questões que consideramos relevantes e que fizeram parte das atribuições e do cotidiano destes entrevistados, no seu papel de Presidentes do colegiado, que foram: o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde, o relacionamento com as demais instâncias de participação do SUS, representadas pelas Comissões Intergestoras e o próprio funcionamento do CMS.

3. 2. 1. O gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde

O gerenciamento do FMS de acordo com a Lei 5971/91, que o criou, é feito por duas Secretarias Municipais, a de Saúde, e a da Fazenda, nas pessoas dos Secretários.

Na opinião de três Gestores entrevistados, embora considerem que isto não é o melhor, acreditam que não atrapalha, tendo em vista que, em tese, nenhum recurso financeiro pode ser utilizado sem a anuência do Secretário da Saúde, conforme assinalam as falas a seguir.

“a gestão do Fundo Municipal de Saúde é realmente um ponto crítico; na nossa gestão, o Prefeito respeitou os limites e realmente nós tínhamos a conta do Fundo Municipal e os repasses ao Fundo Municipal eram administrados diretamente pelo Secretário e pelo Conselho, e a gente prestava conta disso. Não houve interferência, não houve nenhum desvio ou utilização e isso permitiu que a gente conseguisse fazer alguma coisa”(Ent.10;G).

“embora o ideal fosse manter o dinheiro da saúde em conta bancária própria, na prática isso não ocorre na quase totalidade dos municípios, sendo essas verbas recebidas pelas Secretarias da Fazenda e englobadas no orçamento municipal, inclusive pela dificuldade de se montar uma estrutura paralela na Secretaria da Saúde ... os recursos do Fundo Municipal da Saúde ... são vinculados à saúde e não podem ser utilizados a não ser nessa área, e só podem ser movimentados com autorização e assinatura do gestor, que é o Secretário Municipal da Saúde, com aval do CMS, que fiscaliza o Fundo”(Ent.11;G).

“o CMS tem a responsabilidade de gerir o Fundo ... aqui também foi tomado esse cuidado e quem assina o cheque é o Secretário da Saúde e o Secretário da Fazenda; porque, na realidade, a Fazenda faz a escrita da Saúde, porque também você não pode ter uma contabilidade separada; você pode ter, mas lá dentro do conjunto, que é da Secretaria da Fazenda; agora, o Secretário da Fazenda não pode passar a mão no dinheiro da saúde, mesmo ele assinando com o Prefeito;

porque para sair dinheiro do Fundo, tem que ter assinatura do Secretário da Saúde ... com isso você resguarda a utilização ou o Secretário da Saúde tem que pactuar com o outro para poder fazer alguma coisa diferente, e aí o Conselho cai em cima”(Ent.15;G).

Verificamos nas falas acima que desde que o FMS foi criado, adotou-se uma prática que, segundo os entrevistados, garante que a utilização dos recursos da Saúde não seja desviado, a não ser que o Gestor municipal, na pessoa do Secretário da Saúde, compactue com isso. As colocações feitas por estes entrevistados com relação à certeza de que os recursos do FMS não serão utilizados para outras finalidades que não as da Saúde, a não ser que o Secretário da Saúde concorde podem levar-nos a pensar que isto sempre será desta maneira, e isto não está garantido, pois dependerá sempre da pessoa que ocupar o cargo de Secretário da Saúde. Isto é, dependerá sempre de quem estiver no poder e das forças políticas que administrarem o município em determinado momento, bem como do entendimento que têm do que significa investir em saúde. Isto não garante a publicização dos gastos e conseqüentemente o Controle social.

Vimos também que todos dão ênfase à fiscalização que esperam, seja exercida pelo CMS, quanto à utilização dos recursos do FMS. Porém, conforme já assinalamos na Unidade Temática anterior, os Conselheiros não estão satisfeitos com esta vinculação, tanto que já propuseram, desde 1995, portanto, na gestão anterior, que se tomassem providências para desvincular o FMS da Secretaria da Fazenda, pois isto tem dificultado o desempenho de suas atribuições.

O Ent.17;G, aponta aspectos importantes de como tem sido, na prática, o relacionamento entre as duas secretarias que administram os recursos do FMS, como vemos na fala a seguir.

“em tese, quem aciona, as necessidades de despesa da Secretaria Municipal da Saúde é o Secretário da Saúde, mas por outro lado ele acaba

ficando ... porque, como quem assina, quem faz a outra assinatura do cheque é o Secretário da Fazenda, ele acaba ficando atrelado às prioridades estabelecidas pelo Secretário da Fazenda, em termos financeiros, em função do conjunto da Prefeitura”(Ent.17;G).

Este entrevistado nos mostra também, como fica o orçamento da saúde, como parte do orçamento municipal, caso a Prefeitura tenha problemas financeiros, sinalizando o que precisaria ser feito para que a Saúde, em tempos de crise, não fique à mercê do que pensa o Secretário da Fazenda, conforme expressa a fala a seguir.

“nós não podemos também imaginar que a Secretaria da Saúde seja um órgão alheio ao restante da administração; evidentemente, se a administração pública como um todo tem problemas financeiros, a saúde vai acabar tendo problemas financeiros também; mas, como em geral, não existe uma política muito bem estabelecida de gastos e tal, pelo chefe do executivo e quem acaba dominando isso é o Secretário da Fazenda, como na esfera federal também ocorre isso, então acaba, se o Secretário da Saúde não briga muito, acaba ficando a despesa da saúde à reboque também da visão que o Secretário da Fazenda tem do que seja despesa pública, o que é um mal, porque o Secretário da Fazenda não tem a noção da delicadeza, da especificidade, da importância do setor da saúde dentro do que diz a Constituição, que a Saúde é Direito de todos e dever do Estado; então, embora a saúde não fique imune aos problemas financeiros que o conjunto da administração enfrenta, é evidente que ela deveria ter um amortecedor que garantisse à saúde, condições mínimas de desempenho e que nem sempre um Secretário da Fazenda dá, porque ele não tem a visão que um Secretário da Saúde deve ter, do problema da saúde ... esse é um problema difícil; mas o fato de haver um Fundo especial é importante para permitir a fiscalização e o controle do gasto, pelo CMS e pela sociedade civil, porque quando quiser saber como está sendo gasto o dinheiro da saúde, de que forma ... fundamentalmente para saber se se está fazendo uma política de saúde de acordo com as diretrizes traçadas pela Conferência Municipal da Saúde”(Ent.17;G).

O depoimento deste entrevistado nos mostra claramente as dificuldades que enfrenta o Gestor municipal da saúde, para executar, na prática as prioridades estabelecidas para sua área. Para complementar esta análise, trazemos a seguir a fala do Ent.15;G onde o mesmo exemplifica o que pode ocorrer, quando as compras da Secretaria da Saúde são efetuadas pela Secretaria da Fazenda.

“às vezes, podia ter uma licitação que eu comprava remédio e uma outra que eu comprava esparadrapo, gaze, etc.; as duas de R\$500,00 ... ele podia achar que era mais importante a de medicamento, mas se viesse para mim, eu podia, de repente opinar pela outra, porque a de medicamento ainda dava para esperar mais um pouco, com o estoque que eu tinha e a gaze eu já estava eventualmente zerado, já não tinha esparadrapo para o pronto socorro”(Ent.15;G).

Com o FMS totalmente administrado pela Secretaria da Saúde, isto com certeza, seria mais fácil de ser resolvido e mais rápido, também.

Segundo o Ent.17;G, um outro fator contribui para tornar o gerenciamento dos recursos financeiros da saúde uma tarefa extremamente delicada e complexa, que é a falta de legislação estabelecendo como a contra partida de recursos financeiros do município deve entrar para o Fundo e aponta como esta questão já é mais transparente em alguns locais, como expressa a fala a seguir.

“então o fato de não existir uma legislação estabelecendo, ninguém, na realidade sabe como é que o recurso próprio do município deve entrar para o Fundo, se é em forma de duodécimo, não se sabe direito; nos locais onde a saúde é exercida por um órgão à parte, por exemplo, por uma Fundação Municipal de Saúde, aí isso é evidente, porque, do orçamento passa a constar quanto que o município deve repassar para a Fundação Municipal da Saúde, de recursos próprios e isso, o recurso da Fundação é o recurso do Fundo; mas onde a saúde faz parte da Administração direta não existe uma

regra; então, isso também dificulta um pouco como fazer as coisas; mas eu acho que nós vamos ter que, com o correr do tempo discutir isso na administração municipal e verificar como fazer isso; pelo menos como garantir que aqueles recursos que entram, relacionados com saúde, como taxas, multas e tal, relacionados às ações de saúde, entrem diretamente para o Fundo Municipal de Saúde; e depois ... discutir a forma da participação da contra partida do município no Fundo”(Ent.17;G).

Vimos até este momento, que o gerenciamento do FMS, enquanto uma atribuição do Gestor municipal, requer do mesmo uma vigilância constante para que os recursos da saúde sejam devidamente bem utilizados. Para isto, contam com a parcela de responsabilidade dos Conselheiros, no desempenho de suas atribuições, o que viria a contribuir com esta vigilância. No entanto, esta importante atribuição tem sido desempenhada sem que os Conselheiros sintam-se satisfeitos. A impressão que se tem é que, apesar de votarem, não estão realmente decidindo, mas apenas referendando, concordando com algo que já foi realizado, como vemos nas falas a seguir.

“quando veio aquela aprovação enorme de contas ... é uma função do Conselho porque ele tem que fazer o controle ... a gente não entende ... primeiro assim, como é que funciona o orçamento do setor público ... tem uma comissão que trabalha, que faz lá, vê os seus documentos tal ... se for só para ver ... o que que tinha gasto, a nota, viu se bate, tá feito? tá feito, tá ok? tá ok, eu dou o meu aval ... então se for essa só, a função do Conselho não tem sentido ... me interessa muito saber, por exemplo, qual que é o investimento que está previsto, qual que foi realizado em termos de formação de pessoal ... acho que o Conselho tem que fazer isso ... porque a gente tá olhando para o gasto público ... e que em tese, a gente tinha que fazer isso, ver se esse dinheiro que chega para o município se ele é aplicado adequadamente pelas políticas que são traçadas, isso a gente não faz, acho que a gente nunca fez, acho que vai demorar muitíssimo tempo para a gente fazer ... primeiro porque a gente nunca soube fazer controle de dinheiro público ... então

isso acho que o Conselheiro não faz, isso acho que é uma coisa que vem pronta da instância que pode mais, no caso a secretaria e que nós que somos representantes, mesmo que a gente seja técnico, fica uma coisa meio que de referendar uma situação já colocada”(Ent.16;P).

Desde que o CMS foi criado, este assunto tem causado polêmica, e, inclusive, já abordamos este tema nesta investigação. Vimos que, por parte dos Gestores, estes depositam no colegiado, a responsabilidade de fiscalizar a devida utilização dos recursos financeiros da saúde. Porém, verificamos na fala deste entrevistado, que esta atribuição está sendo realizada pelos Conselheiros, sem que os mesmos sintam-se realmente controlando e fiscalizando, mas apenas referendando.

Observamos na fala deste entrevistado, elementos que corroboram as colocações do Ent.17;G, ao dizer que ninguém, a não ser o Secretário da Fazenda, domina o conhecimento sobre o destino da verba pública. Como então, dotar o CMS de informações que permitam uma fiscalização, de fato, do FMS, é o desafio que se coloca. Embora este seja um limite, aponta, ao mesmo tempo, uma potencialidade, pois Gestor e Conselheiros dão a mesma relevância à necessidade de se tornar mais transparente as informações sobre o financiamento da saúde neste município.

Também o Ent.1;P refere que as votações são realizadas, porém sem que o colegiado tenha tido a oportunidade de discutir o suficiente, conforme vemos na fala a seguir.

“o Plano Plurianual, o Plano Diretor ... acho que as questões das políticas de saúde do município têm sido encaminhadas dentro do Conselho ... a questão do financiamento também a gente está discutindo ... elas estão vindo encaminhadas eu acho que nesse último Conselho o Dr... já se comprometeu da gente começar a discutir o Plano Diretor bem antes para a gente poder ter um entendimento melhor, fazer uma discussão com seus segmentos de uma forma mais ampla, para que a gente aprove com mais subsídios ... agora eu acho que tem muitos momentos que nós estamos

votando com muito pouco subsídio, para cumprir o prazo, para Ribeirão não perder, então eu acho que a gente precisa mexer nessa forma”(Ent.1;P).

Este entrevistado sinaliza que na atual gestão, estão sendo tomadas iniciativas para mudar a maneira de encaminhamento destas questões, ou seja, que os assuntos sejam enviados ao Conselho, antecipadamente, afim de que este possa tomar conhecimento e interferir na definição das prioridades de destinação dos recursos da saúde no nível municipal.

Confrontando o que pensam os Gestores e os Conselheiros sobre a complexa atribuição de gerenciar o FMS consideramos que muito há por fazer.

3. 2. 2. O relacionamento com as Comissões Intergestoras

Criadas a partir da NOB-01/93, as Comissões Intergestoras passaram a compor as instâncias dirigentes do SUS nos níveis, regional, estadual e nacional, sendo as instâncias com maior poder de decisão em cada nível.

Os Secretários Municipais de Saúde, além de comporem a CIR de sua respectiva região, podem fazer parte também da CIB, através do COSEMS* e da CIT, através do CONASEMS*.

Segundo os entrevistados, a criação destes fóruns significou um grande avanço na democratização do gerenciamento do SUS, ao permitir que o Gestor municipal, que é quem vive de perto, os reais problemas pertinentes à saúde dos cidadãos, possa conhecer e opinar não apenas sobre seu município mas sobre sua região, seu estado e seu país, influenciando, assim, o processo de implementação da Reforma Sanitária, como podemos ver nas falas a seguir.

* COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

“eu acho esses fóruns de uma importância muito grande, porque se debatem realmente as questões reais; ali está a realidade da saúde, os conflitos, as tensões, os problemas e aí saem as propostas; acho que a grande sabedoria do processo brasileiro da Reforma Sanitária foi constituir esses colegiados e permitir que esses colegiados influenciassem a edição das Normas Operacionais, dos Decretos, das Regulamentações e isso fez com que as transformações se mantivessem num rumo único e coeso, com dificuldades, com problemas, com contradições, mas é isso que deu a tônica ao Processo Reforma Sanitária brasileira; então, neste sentido, a Reforma é um processo com grande participação, principalmente dos níveis municipais e estaduais”(Ent.10;G).

“os Secretários Municipais de Saúde têm participado do trabalho conjunto, reconhecendo a força da união e das reivindicações e exigências feitas pelo grupo ... no que respeita às Comissões Bipartite e Tripartite ... os Secretários Municipais da Saúde devem assumir a responsabilidade de participar ativa e efetivamente dessas comissões”(Ent.11;G).

Para o Ent.17;G, estes fóruns precisam ser melhor aproveitados para poderem realmente influenciar nas decisões sobre a política de saúde, como vemos na fala a seguir.

“aqui em Ribeirão, a CIR até que funciona ... com uma participação expressiva dos Secretários Municipais de Saúde da Região ... mas eu acho que a gente ainda tem que amadurecer muito esse colegiado, porque os Secretários Municipais de Saúde ainda se comportam como pessoas que aguardam do Diretor da DIR 18, uma determinação do que eles devem fazer ... os Secretários geralmente ... não têm o conhecimento técnico, de todos os aspectos específicos, da burocracia, do funcionamento da área da saúde do Estado ... ao passo que o Diretor da DIR ... é, digamos, o portador do conhecimento técnico; então isso acaba fazendo, até certo ponto, os Secretários Municipais reféns desse fato ... porque, em parte não se

* CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

discute muito o aspecto da política de saúde num órgão como a CIR; ele ainda fica muito apegado às questões muito técnicas, dos problemas; não se discute as linhas gerais da saúde para a região ... mas eu entendo que apesar disso, de todas essas limitações ... a gente tem condições de progredir; e isso que eu falo da CIR eu acho que se aplica também à Comissão Bipartite do Estado ... eu acho que ainda lá, também, os representantes dos Secretários Municipais de Saúde na Bipartite ficam em grande parte, prisioneiros, reféns dos dados, dos estudos, das aferições feitas pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, que participa da Bipartite ... o COSEMS, vai ter que de alguma forma, com o tempo, se organizar para ter condições de ter as suas avaliações próprias, os seus dados próprios ... da situação da saúde no estado, para poder discutir de igual para igual ... na Bipartite; mas isso eu acho que é uma caminhada muito longa”(Ent.17;G).

As limitações impostas aos Gestores municipais por não deterem todas as informações que o Gestor estadual detém, refletem a centralização administrativa com que historicamente, os Gestores estaduais conduziram a saúde. Na verdade temos poucos anos de implementação de medidas descentralizadoras e ainda um longo caminho a percorrer, neste sentido.

Apesar de tudo isto, o Ent.17;G, acredita que no caso de Ribeirão Preto, que já encontra-se habilitado na condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal de Saúde, estas limitações já foram, em parte, superadas, fazendo com que o Gestor municipal possa atuar concretamente, avançando na implementação do SUS municipal, não dependendo em quase nada do Gestor estadual.

“falando especificamente de Ribeirão Preto, há um espaço muito grande dentro da estrutura do município para atuação do Secretário da Saúde ... um espaço muito grande, com os recursos e a autonomia que ele tem dentro do SUS, para resolver problemas da estrutura do SUS no município de Ribeirão Preto, mudança da característica de

funcionamento das Unidades de Saúde e tudo o mais”(Ent.17;G).

A afirmação deste entrevistado, no entanto, não elimina as dificuldades por ele mesmo apontadas, com relação à dependência que o Secretário Municipal da Saúde tem do Secretário Municipal da Fazenda; isto nos leva a reforçar a tese de que além da autonomia com relação ao Gestor estadual da saúde, é preciso conquistar maior autonomia dentro da própria Administração municipal, com a desvinculação do FMS da Secretaria da Fazenda.

3. 2. 3. O funcionamento do Conselho Municipal de Saúde

Todos os Gestores entrevistados atribuíram ao colegiado constituído pelo CMS um papel relevante no sentido de vir a possibilitar que a sociedade organizada participe concretamente do gerenciamento do SUS no nível local. Contudo, para que isto seja uma realidade, um longo caminho temos a percorrer, como expressa a fala a seguir.

“eu acho que os fóruns ainda não atingiram o ponto que certamente estava previsto quando eles foram criados, porque nós não temos tradição de participação; então, a coletividade não sabe escolher os melhores representantes, os representantes não se sentem à vontade para reivindicar com força, as idéias principais não nascem da comunidade; os representantes fiscalizam, opinam sobre o que é proposto; certamente ajudam a dar um matiz mas não direcionam; então, nesse sentido, eu já me referi em outras oportunidades, de que há uma grande tutela do Secretário ou da autoridade correspondente sobre os Conselhos, sobre os Colegiados em geral”(Ent.10;G).

A fala deste entrevistado aponta um aspecto importante de como, na sua opinião, funcionam os colegiados, sugerindo que estes

estariam apenas legitimando o processo de participação social no SUS, sem contudo, conseguirem impor uma outra direcionalidade, contrapondo-se ao projeto proposto pela autoridade correspondente. Atribui esta condição de submissão a uma certa imaturidade dos representantes escolhidos, quanto ao conhecimento que lhes seria necessário, tanto para formalizarem suas propostas, como para as defenderem nestes espaços. Observamos que, da mesma maneira que o Gestor estadual, na pessoa do Representante Regional, exerce uma tutela sobre os Secretários Municipais, estes exercem também uma tutela sobre os Conselheiros Municipais.

O que este Gestor sinaliza, corresponde a uma expectativa sua, de que os Conselheiros deveriam se instrumentalizarem, se capacitarem para exercerem plenamente suas funções.

Complementando seu pensamento o Ent.10;G refere que, apesar dos espaços terem sido conquistados e permitirem a participação, isto não significa que a Cidadania esteja garantida, conforme vemos na fala a seguir.

“eu acho que são conquistas que foram feitas; os espaços institucionais são conquistas muito grandes; as representações nestes espaços são conquistas, mas daí a construir a Cidadania vai uma distância muito longa; eu acho que é preciso repensar isso e é preciso direcionar isso, abrir isso num outro sentido”(Ent.10;G).

Embora o Ent.10;G não deixe de ter uma certa razão, acreditamos que ainda não exploramos todo o potencial dos espaços de participação social do SUS, até pela própria inexperiência de como fazê-lo, devido nosso recente passado autoritário.

O Ent.11;G, expressa o que idealmente deveria significar e como poderia se dar a participação social no SUS, como podemos ver na fala a seguir.

“a participação da sociedade civil organizada e dos usuários do SUS, em fóruns, Conselhos e Conferências de Saúde, juntamente com os administradores e agentes da saúde, em todos os níveis, é não só altamente desejável como imprescindível para a implantação e funcionamento do sistema público de saúde ... as ações de saúde decididas e/ou aprovadas por esses órgãos dão força, democracia, consistência, respaldo popular, credibilidade e transparência às atividades da Secretaria da Saúde e ao SUS; o CMS deve refletir o interesse, as necessidades, as aspirações, as críticas, as propostas da população e principalmente daquela parcela que recorre ao serviço público de saúde”(Ent.11;G).

Para o Ent.15;G, a existência do CMS pode, não só fiscalizar as ações do executivo, como também coibir atos que possam, de alguma maneira, ferir os princípios do SUS, como vemos na fala a seguir.

“eu acho que a hora que você tem um serviço todo que passa pelo crivo de um controle, do tipo do Conselho Municipal, você, a pessoa não tenta fazer tantas coisas, porque acaba saindo, é descoberto, as coisas erradas”.(Ent.15;G)

Já na opinião do Ent.17;G, os Conselheiros precisariam imprimir maior objetividade nas discussões do colegiado, para aproveitar melhor o tempo nas reuniões, como expressa na fala a seguir.

“acho que o nosso CMS, ele é um órgão pouco ágil; talvez pelo número grande de componentes; isso faz com que as reuniões sejam demoradas, longas, e a gente tem condições de discutir poucos assuntos em cada reunião; por outro lado, nós não podemos ter um Conselho muito pequeno, porque diminui muito a representatividade e eu acho que isso é importante, porque na medida que diminui a representatividade, a gente aumenta as características corporativas de cada um dos componentes do Conselho, o que é ruim; então não é reduzindo a composição do Conselho que a gente resolveria isso; acho que a gente precisa ainda ter uma caminhada para aprender a discutir de maneira mais racional, mais rápida e com maior

aproveitamento do tempo que nós temos”(Ent.17;G).

Observamos que o depoimento deste entrevistado sinaliza que as discussões do colegiado são demoradas. Acreditamos que isto deva ser conseqüência da heterogeneidade de que é composto o CMS deste município, bem como de uma compreensão, por parte dos participantes de que através do debate de suas opiniões, de seus projetos, pode-se exercer um direito de cidadania e construir o controle social. Este entrevistado traz ainda um aspecto importante que é o caráter corporativo que podem tomar as discussões nestes espaços, quando não há representatividade dos diferentes segmentos organizados, na composição do colegiado.

De uma certa maneira, podemos dizer que os Gestores entrevistados depositam certa expectativa quanto à contribuição que o CMS deste município pode e deve dar para a consolidação do SUS municipal.

Aditem no entanto que o colegiado ainda não está conseguindo se impor enquanto uma instância real de poder participativo por várias razões que podem ser assim resumidas: pouca experiência no exercício da participação política em espaços concretos com poder real de deliberação o que os leva a assumir uma atitude submissa e de expectativa, aguardando as iniciativas das autoridades.

Outra síntese que pode ser feita é a questão do conhecimento técnico e de gestão, das questões da saúde, que tanto os Secretários Municipais, bem como os Conselheiros deveriam ser portadores, conforme apontado pelos Gestores.

Consideramos que estes conhecimentos são importantes e contribuem sobremaneira para a tomada de decisão, porém, não há como garantir um preparo prévio. Na esfera técnica até que tem-se esta possibilidade, mas na de gestão, que entra o componente político, é no processo participativo, que este conhecimento vai se conformando.

3. 3. Construindo o Controle Social na ótica dos Conselheiros

Conforme assinalamos na construção do nosso objeto de estudo, de acordo com CARVALHO(1995, p.80)⁽²⁰⁾, os campos de atuação dos Conselhos de Saúde compreendem ações de “*planejamento e controle da execução da política de saúde*”, bem como ações destinadas a promover uma “*articulação com a sociedade*”, através de seus segmentos organizados.

Nesta mesma direção aponta a Lei 5972/91, que criou o CMS de Ribeirão Preto, ao definir que suas atribuições incluem a participação nas atividades voltadas tanto para a definição sobre as questões da política e do financiamento da saúde, até o próprio acompanhamento da execução das ações no dia-a-dia dos serviços de saúde do município; e que sua composição garantiria que todas as formas de organização da sociedade, reconhecidas por lei, existentes neste município, pudessem fazer parte do colegiado, escolhendo seus respectivos representantes.

Assim, com base em nosso pressuposto teórico e buscando atingir os objetivos a que nos propusemos nesta investigação, procuraremos nesta Unidade temática: identificar as limitações/dificuldades que os integrantes do CMS encontram no exercício de suas atribuições; identificar e apontar as potencialidades deste espaço de participação e de decisão do SUS, na implementação do processo da Reforma Sanitária neste município, bem como identificar os projetos de interesse dos segmentos presentes no colegiado.

Os dados empíricos utilizados como ponto de partida, nesta fase da pesquisa serão as entrevistas realizadas com os 13 Conselheiros que foram entrevistados, componentes dos segmentos representados no colegiado (prestadores e usuários).

Para uma análise mais aprofundada, os conteúdos das entrevistas foram agrupados, correspondendo a três Núcleos temáticos,

sendo que o primeiro busca identificar a motivação do sujeito para fazer parte do colegiado; o segundo trata do significado da participação no CMS para o segmento representado e o terceiro busca identificar como os Conselheiros estão ou não conseguindo exercerem suas atribuições, enquanto membros do colegiado. São estes três Núcleos temáticos que passamos a analisar.

3. 3. 1. Motivação para integrar o colegiado_

Os sujeitos que compõem o CMS, conforme já apontado em nosso quadro teórico, são portadores de motivações e projetos de interesse dos respectivos segmentos que representam no colegiado, os quais serão debatidos e confrontados neste espaço. Nesta Unidade temática buscaremos identificar estes projetos, sua abrangência, se os mesmos estão ou não sendo publicizados por seus respectivos segmentos e o que motivou estes sujeitos a integrarem este espaço de participação e de decisão do SUS.

3. 3. 1. 1. O processo de escolha

Conforme já assinalamos neste estudo, o processo de escolha dos membros do colegiado, em alguns casos é por indicação, mas na maioria deles, isto é, aqueles segmentos que são compostos por mais de uma entidade representativa ou instituição, é feito através de eleições realizadas em assembléias convocadas para este fim, pelo Secretário Municipal da Saúde, com base na legislação vigente.

Dos 13 Conselheiros entrevistados, 11 responderam que antes mesmo de serem escolhidos ou indicados, desejavam integrar o colegiado. Destes 13, 05 são Conselheiros indicados e 08 são Conselheiros eleitos.

Identificamos nas entrevistas, que o processo de eleição dos membros que compõem a atual gestão do CMS despertou grande interesse, essencialmente no segmento dos representantes dos usuários e em alguns segmentos de representantes dos prestadores, como foi o caso dos profissionais de saúde, tanto de nível superior, como de nível médio.

Apresentamos, a seguir, algumas falas que confirmam estas observações.

“a cada eleição do Conselho, aconteceu sempre um Encontro de Saúde da FABARP, chamávamos pessoas com competência para explicar para as Associações de Moradores o que é o Conselho ... e no final dela nós fazíamos uma eleição prévia ... no momento em que acontecia a Assembléia na Secretaria, esses nomes eram na verdade os aceitos ... em 1997, a FABARP fez o encontro ... nós conversamos na Secretaria Municipal de Saúde e conseguimos que no final do encontro de saúde fosse realizada a Assembléia da Secretaria; dessa forma nós fizemos uma única eleição ... ao final desse encontro ... foi realizada a Assembléia oficial de escolha ... foram eleitos sete representantes de Associações de Bairros e confirmado o representante da FABARP; e eu estou entre esses eleitos, pelas Associações de Moradores ... também fui eleita representante de usuários na Comissão Municipal de Saúde ... mas é uma luta constante, eu acho que é uma luta, não dá para dizer assim: conseguimos, pronto, acabou; é uma coisa de todo dia e continua sendo de todo dia”(Ent.2;U).

“a minha eleição foi ... por eleição mesmo ... daí a gente teve que disputar em termos de argumento, no voto depois foi eleito; foi feito uma chapa por consenso na qual estou participando”(Ent.04;U).

“eu fui eleita, eu estou no Conselho, eleita através da Associação de bairro, que eu estou no Conselho”(Ent.5;U).

Verificamos aqui que além de procederem à eleição dos representantes ao Conselho, através de um processo de significativa participação das entidades que compõem o segmento, outra preocupação

deste segmento, tem sido procurar despertar o interesse dos usuários pela participação organizada, oportunizando, inclusive, um aprendizado sobre o que se espera do Conselheiro da Saúde. Este é um momento político importante onde são publicizados os projetos de interesse do segmento, isto é, que direcionamento irão dar as suas reivindicações com a participação no colegiado.

Vimos também, que os eleitos disputaram com outros interessados a representação no colegiado, mas conseguiram compor uma chapa de comum acordo para representá-los no CMS, o que poderá fazer com que seus projetos de interesses sejam defendidos no colegiado, com maior coesão.

Neste outro segmento dos usuários também houve disputa para decidir qual entidade iria representá-los no colegiado, como vemos na fala a seguir.

“a princípio eu era suplente e depois passei a titular, dentro de uma votação dentro do meu próprio segmento ... quando eu participei como suplente, foi quase ... assim ... fui intimada a participar ... mas como eu já tenho costume de participar de Conselhos, por trabalhar na prefeitura, eu achei que seria um ganho muito grande participar nesse também”(Ent.13;U).

Vimos que este entrevistado, a partir da experiência de participar como suplente, teve seu interesse despertado, candidatando-se a titular; isto demonstra, inclusive, que a participação oportuniza um aprendizado o qual pode vir a ser fundamental no processo de construção da cidadania.

Este representante de um segmento dos prestadores expressou em sua fala que, mesmo não sendo escolhido através de eleição, discutiram entre si para decidirem qual instituição os representaria, como vemos na fala a seguir.

“os hospitais privados em Ribeirão Preto, se eu não me engano são poucos, e no último Conselho Municipal quem participou, quem representou, foi o ... que é do hospital São Paulo, e numa reunião de consenso definiu-se que eu seria o representante nessa gestão ... e houve um interesse particularmente meu”(Ent.8;P).

Verificamos nesta fala que este segmento, ao escolher seu representante, tem optado por fazer um revezamento, isto é, têm alternado a representação, permitindo que todas as instituições que o integram tenham a oportunidade de participar.

Neste outro segmento de prestadores, cuja composição integra várias categorias profissionais, a escolha foi através de eleição, ao que parece, bastante disputada, como vemos na fala a seguir.

“eu coloquei o assunto em discussão achando extremamente importante ... disputar essa vaga mas ... se precisássemos abrir mão para que não fosse feita tanta divisão de votos, às vezes em função de vários candidatos que pudesse até estar representando outros interesses que não os interesses do serviço público, nós abriríamos mão ... eu fui a pessoa que se candidatou e praticamente por aclamação todos que estavam ali ... me indicaram para estar participando desta eleição que seria depois entre as diferentes categorias; e nesse dia, entre as diferentes categorias eu tive também o apoio de outras diversas entidades”(Ent.1;P).

Verificamos na fala deste entrevistado, que sua eleição, além de concorrida, foi resultado de uma articulação de várias entidades que julgaram importante disputar a vaga no colegiado, pois isto significaria ter seus projetos de interesses defendidos, projetos estes por eles considerados de defesa do serviço público.

Este outro segmento dos prestadores também escolheu seu representante através de eleição, igualmente concorrida, como vemos na fala a seguir.

“teve uma disputa de sindicatos mais à esquerda e o pessoal mais à direita, da questão da saúde e outros sindicatos também ... que eu não me lembro quais são ... na época, a gente preferia ... a gente esperava que fosse alguém, que não precisava necessariamente ser eu, mas alguém do nosso campo ... foi meio complicado, lá a gente não tinha um número de pessoas, de entidades, para colocar gente nossa lá ... na representação das entidades dentro do Conselho ... então aí desequilibrou”(Ent.14;P).

Verificamos que este entrevistado, que atua como suplente, gostaria de ter sido eleito titular para representar seu segmento. Embora tenham tentado uma articulação, não conseguiram obter êxito e o vencedor foi o candidato que no momento representava o interesse da maioria das entidades que integram este segmento. Esta representação já foi discutida no presente estudo, quando analisamos a atual composição do Conselho, sendo que o eleito para representar este segmento tem sido o mesmo desde a criação do colegiado, em 1991. Como na atual gestão, o colegiado indicou também suplentes, acreditamos que, pelo menos a possibilidade de participação deste entrevistado está garantida. Prova disto é o fato de que ele foi o entrevistado para esta investigação.

Neste outro segmento de prestadores, verificamos que a indicação foi em comum acordo entre o próprio Conselheiro e a instituição que representa, como expressa a fala a seguir.

“dentro da escola, foi eu mesma, disse que teria vontade e não foi uma indicação, foi uma concordância da direção; não houve eleição, não houve nada”(Ent.7;P).

Tendo em vista que este segmento é composto de várias instituições, universitárias, deduzimos que as demais não tiveram interesse em participar, o que pode significar tanto uma indiferença em relação ao que é discutido e decidido no colegiado, ou até mesmo, desconhecimento.

Outra análise que pode ser feita é que a academia se coloca, muitas vezes, distante da área de serviços e das questões relativas às políticas de saúde.

No que se refere ao interesse pessoal em fazer parte como membro do CMS, verificamos que a maioria dos entrevistados manifestou-se de forma positiva, o que por si só caracteriza uma potencialidade deste fórum.

Apesar disso, dois dos Conselheiros entrevistados demonstraram-se surpresos com a indicação dos respectivos nomes para comporem o colegiado, como refletem as falas a seguir.

“foi uma surpresa, porque eu não fazia idéia da responsabilidade do que é o Conselho da Saúde ... eu fui indicado por outras pessoas ... eu não sabia que ia ser Conselheiro da Saúde ... quem indicou, eu fiquei sabendo que era um pessoal que estava representando ... era uma entidade que participava e eu fui indicado ... e algumas outras entidades representativas que no momento eu não sei quem era ... porque não estava presente na reunião ... só fui informado de que eu fui escolhido para estar representando”(Ent.9;U).

“é uma estória esquisita, a gente, às vezes ... ganha presente de grego ... quando houve a mudança já nessa atual gestão, quando houve toda eleição do Conselho, eu recebi um comunicado ... que tinha sido indicada como suplente ... no ofício estava assim, que eu tinha sido indicada como suplente ... para representação junto ao CMS ... só depois que eu recebi esse papel, eu fui comunicada pela direção da minha unidade de que como havia entrado na pauta ... a discussão da substituição e como era importante a escola manter uma representação no Conselho havia sido indicado o meu nome”(Ent.16;P).

No caso do Ent.16;P, o seu nome foi indicado, como ele mesmo disse, porque a sua instituição entendeu que era importante manter a representação no colegiado. Neste segmento não está prevista a eleição e sim a indicação do representante.

Já no caso do Ent.09;U, a escolha da entidade que irá representar este segmento foi através de eleição; embora a entidade vencedora estivesse presente na assembléia convocada para tal, a pessoa cujo nome foi indicado para representá-la, caso fosse a escolhida é que não estava, nem tampouco havia sido informada que seria indicada.

Em ambos os casos o desejável era que as entidades/instituições correspondentes os tivessem consultado antes. Poderíamos dizer que para ambos os segmentos o que pesou mais foi a decisão de garantir a participação no colegiado. Porém situações como estas podem dificultar o envolvimento do Conselheiro no processo de participação efetiva no Conselho e não deveriam estar ocorrendo, pois a função de Conselheiro não pode ser uma imposição. Mesmo naqueles casos em que o representante é indicado pelo segmento, fazer-se uma consulta prévia para saber se a pessoa tem interesse, com certeza pode contribuir para uma melhor compreensão e um melhor desempenho da função.

3. 3. 1. 2. Porque ser Conselheiro da Saúde

Dentre as razões que levaram estes sujeitos a quererem fazer parte do CMS, identificamos, no segmento dos usuários, predominância de aspectos que dizem respeito à abrangência do tema Saúde, bem como a relação intrínseca com as suas condições de vida; outro conteúdo muito presente é a possibilidade de que através da efetiva participação social no colegiado poderão discutir o dia-a-dia dos serviços de saúde, em busca de soluções concretas.

No segmento dos prestadores, os conteúdos mais presentes foram os que relacionam a existência e o fortalecimento dos espaços de participação social do SUS, com a possibilidade de se fortalecer a

democracia, e também razões de interesse pessoal, tanto de instituições como de categorias de profissionais.

Apresentamos a seguir algumas falas que expressam os aspectos apontados acima.

O Tema Saúde permite discutir outros direitos sociais, melhores condições de vida, participação política consciente, além de fortalecer a democracia.

“desde o início das nossas atividades nós priorizamos o tema saúde, porque entendemos nós que o tema saúde não se prende só à prevenção ou combate à doença ... ela tem uma abrangência muito grande ... implica em todas as outras áreas, desde o transporte coletivo, moradia, a lazer, enfim, todas as áreas, ela está embutida dentro do tema saúde ... onde a gente percebe que tem alguém interessado ... a gente procura estimular ... a gente busca formar essas consciências e aumentar cada vez mais o interesse da população nessa participação ... mostrar a importância de cada um, de como cada um pode intervir, da responsabilidade de cada um, para estar defendendo inclusive os direitos de cada um ... e a saúde nos oferece essa condição, essa oportunidade, através das CLS, estar levantando, discutindo não só a ação da saúde em si, a ação da Unidade, mas todas as outras atividades pertinentes a outras áreas que tem muito a ver com a questão da saúde ... é através dessa ação, dessa mobilização que a gente vamos ter os avanços, os melhoramentos em todos os sentidos e a saúde”(Ent.3;U).

“na discussão de qual assunto trabalharia, prioritariamente, logo no início eleger saúde por ser um tema abrangente ... esse trabalho foi envolvendo a gente, nós passamos a participar de organização das Conferências Municipais ... no nosso terceiro encontro de saúde pela FABARP, fui eleita para representar, naquela época, na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, a CIMS ... ainda na fase das Ações Integradas de Saúde ... e daí em 1991, foi instalado o CMS em Ribeirão Preto e eu fui uma das pessoas eleitas pelo segmento de

Associações de Moradores ... tenho sido eleita desde o primeiro mandato do Conselho”(Ent.2;U).

“eu participo do Conselho ... o meu objetivo dentro do Conselho é trabalhar em prol da qualidade de vida ... olha, participando da vida ... como se diz, de todas as atividades e das associações”(Ent.4;U).

Verificamos que estes Conselheiros, representantes de Associações de Moradores, juntamente com sua comunidade, optaram por participar discutindo questões relacionadas com a saúde por considerarem-na um tema abrangente, que extrapola seus próprios limites e permite discutir e batalhar por transporte, moradia, lazer, entre outros direitos sociais. Esta participação construída cotidianamente poderá possibilitar a construção da cidadania plena.

A relevância que as falas acima conferem à participação nesses colegiados é também apontada por VALLA (1998, p.10)⁽⁸⁰⁾ ao dizer que *“A participação popular, neste contexto, significa uma força imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias”*.⁽⁸⁰⁾

Vemos ainda nessas falas que estes Conselheiros acreditam na força que a população organizada pode acumular, através da participação, porém com a conseqüente responsabilização advinda desta militância.

O Ent.3;U traz em sua fala a questão da intersectorialidade que envolve o tema saúde, que inclusive é um dos componentes da definição do “Que é Atenção Básica à Saúde”, segundo o Ministério da Saúde, constante do Manual para a Organização da Atenção Básica, de 1999.⁽¹³⁾

Nas falas a seguir podemos ver que, prestadores e usuários reconhecem que os espaços de participação e de decisão do SUS permitem o aperfeiçoamento, o conseqüente fortalecimento e legitimação da democracia através da participação organizada da sociedade.

“nós conseguimos a implantação da democracia no Brasil ... uma democracia que está sendo montada ainda, está sendo elaborada ... ela não tem um modelo já pronto ... é nessa nossa participação que nós vamos implantar essa democracia e eu acho que essa proposta dos Conselhos e a proposta do SUS ele justamente é um fator dentro dessa democracia como um todo ... acredito que todos os participantes do colegiado, eles prevêm a melhoria do atendimento da questão da saúde, e acho que todos, já devido a experiência que tiveram no passado, todos eles estão brigando e estão querendo que a democracia se auto afirme”(Ent.3;U).

“é um fórum que tem uma representação muito grande pela redemocratização do país ... então não dá para discutir esses fóruns desvinculada da luta pela democratização do país, então na área da saúde esses três: os Conselhos, as Conferências, as Comissões Locais para mim elas tem uma representação da conquista da democracia ... então eu vejo assim de maneira extremamente importante ... a gente sabe que a hora que você chega lá vão ser todos os segmentos ... interesses de diferentes ordens, de diferentes dimensões ... então é um espaço democrático, é um espaço conflitante, e democracia não vive sem conflito, então eu vejo ... como um processo ainda, né”(Ent.1;P).

Para o Ent.1;P, a participação nos fóruns de decisão do SUS, além de ser parte de um processo amplo, que precisa ser analisado articuladamente com o processo de redemocratização do país, que ainda é recente, permite a publicização dos projetos de interesse de cada segmento representado. É esta característica que torna estes espaços em arenas de disputa, mas também de concertação desses interesses, desde que seus representantes publicizem seus projetos.

Vemos que o Ent.3;U expressa em sua fala que acredita que através da participação nesses espaços estamos construindo, legitimando e fortalecendo a democracia. Destaca também que o direito ao exercício da participação nestes fóruns, foi uma conquista e por isso mesmo todos devem deles participarem.

Observamos nas falas destes Conselheiros coerência com relação ao apontado por TEIXEIRA (1995, p.39-40)⁽⁷⁴⁾ de que a Reforma Sanitária brasileira carece, para sua efetivação, da *“construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde e da criação de mecanismos de gestão democrática”*⁽⁷⁴⁾. Estes Conselheiros, os quais representam usuários e prestadores, expressam em suas falas reais possibilidades para a concretização dessas alianças.

Falando sobre o momento eleitoral e seu significado para a democracia, o Ent.2;U expressa a relevância da participação organizada da sociedade, em todos os contextos, como sendo imprescindível para se fazerem ouvir pelos governos.

“o momento em que a população participa da gestão são momentos mais importantes do que o da eleição, porque são o dia-a-dia, é o direito de saber e de dizer o que nós realmente precisamos dos nossos governos, seja ele qual for que for eleito ... não é só o momento do voto ... nós, em grande parte, já mudamos aquele conceito de que nós elegemos, você faz e eu te cobro ... nós já mudamos, já sabemos que nós temos que participar, que o governo pode querer fazer ‘n’ coisas, mas ele não está fazendo uma coisa fora do nosso ambiente, da nossa vida ... ele está fazendo na nossa vida ... portanto tem que fazer conosco; não há como gerir uma cidade, um serviço, uma escola, uma associação de bairro sem participação ... se nós dependermos pura e exclusivamente dos que foi eleito e está num dos poderes e ficar só esperando acontecer, ninguém vai crescer”(Ent.2;U).

Observamos ainda que este Conselheiro expressa que através da participação busca-se interferir nos projetos dos governantes

para ampliar os benefícios a que se tem direito, fazendo-se sujeito do próprio destino, exercendo assim uma cidadania emancipada*.

Esta forma da população organizada exercer a cidadania descobrindo e lutando por seus direitos também foi apontada por SADER (1995, p.210)⁽⁶⁹⁾ ao analisar a atuação dos “clubes de mães” da periferia de São Paulo, nos anos 70 em que

“As ‘lutas do dia-a-dia’ eram o aprendizado da cidadania, o modo pelo qual pensavam suas privações enquanto injustiças que poderiam ser sanadas se as pessoas injustiçadas se dispusessem a lutar por seus direitos. Elas brotavam das queixas do cotidiano, regadas por informações sobre modos possíveis de mobilizar-se para alterá-lo”⁽⁶⁹⁾.

Verificamos nas falas a seguir que um dos motivos de quererem participar neste colegiado, é porque acreditam que através da participação da sociedade organizada, pode-se conseguir transformar o direito à saúde em fato concreto.

“houve um momento em que a gente brigava para o estabelecimento da defesa dos nossos direitos ... esse foi um momento onde a população nacional se mobilizou, participou e nós conseguimos e está tudo assentado nas nossas cartas magnas, a nível nacional, estadual e municipal ... agora cabe a nós, através da nossa participação ... prevê isso nessas cartas, é que tudo vai depender da participação popular ... eu acho que esses fóruns são de suma importância ... o SUS prevê um atendimento universal e único ... a gente sabe que de acordo com o que está aí, ainda está um bocado longe da gente atingir ... mas é através dessa participação ... da mobilização é que a gente vai conseguir a implantação real e legítima do SUS ... então ela prevê um controle social das questões da área da saúde ... e isso nada mais é do que a participação do povo ... estar discutindo, decidindo, deliberando,

* Terminologia utilizada por Pedro Demo em “Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida”, referindo-se a uma condição superior de exercício de cidadania em que o sujeito histórico é capaz de pensar e conduzir seu destino⁽³³⁾.

opinando ... seria até uma covardia da parte da gente, do povo em geral, se virassem as costas para estes fóruns ... porque muita gente sofreu ... está aí sofrendo as conseqüências das lutas para a gente conseguir estabelecer esses fóruns ... acho que nós temos mais é que nos dedicar e buscar cada vez mais ... esta participação”(Ent.3;U).

Este entrevistado, ao apontar que os espaços de participação social do SUS, têm como objetivo, o controle social, sinaliza também que, mais que um direito, é uma obrigação do cidadão, tendo em vista que isto tudo foi conquistado com muita luta. Ressaltamos nesta fala, a importância da participação política consciente, por parte deste Conselheiro, que se fez presente em todo o processo de redemocratização do país, mais precisamente no Movimento pela Reforma Sanitária neste município, juntamente com outros atores sociais e políticos.

“eu gosto muito de usar o meu direito de cidadania e eu gosto de ser um cidadão ativo, participar de todas as atividades da minha sociedade ... assim que dê tempo também, porque o tempo da gente não é ... muito, um tempo exagerado ... a gente não tem tempo de participar de tudo ... eu procuro fazer a minha parte”(Ent.4;U).

Vemos que este entrevistado expressa, em sua fala, o desejo de exercer seu direito de participar como cidadão, como um dos motivos que o levou a integrar este fórum.

“em primeiro lugar eu participo porque eu ainda acredito que a maneira da gente estar lutando por aquilo que a gente acredita, por melhores condições de vida e particularmente na área de saúde ainda é através de uma participação organizada ... acho que nós que participamos da luta para conseguir esses fóruns ... eu vejo que eles são extremamente importantes ... acredito neles, e estou entendendo que estes fóruns se tratam de um processo de participação ... então, daquilo que nós idealizamos ainda a gente está um pouco longe ou talvez estejamos bem longe do que a gente gostaria que fosse ... mas eu considero muito os avanços que

nós tivemos ... quando eu discuto isso com a população eu digo que esses fóruns de participação custaram a vida de muitas pessoas ... acho que nós ... conquistamos ... estamos no exercício de aprender a fazer isso ... com muitas dificuldades, porque nós temos uma tradição de não fazer dessa forma ... nossa tradição, nossa cultura era sempre de deixar para o outro e até ser impedida mesmo de participar ... então se a gente olhar essa trajetória a gente tem avançado ... mas ainda não está do jeito que nós gostaríamos que estivesse, certo”(Ent.1;P).

Entretanto, o Ent.1;P reconhece que, embora ainda não tenhamos atingido plenamente os objetivos, já caminhamos muito. Notamos aqui, projetos convergentes entre usuários e prestadores, o que confirma as potencialidades dos espaços de participação e de decisão do SUS.

As falas a seguir sinalizam que participar organizadamente nestes espaços pode contribuir para a construção de projetos coletivos, transformadores da realidade.

“acreditava muito nessa história de que a mobilização da comunidade era um fator muito importante para a gente poder ter saúde, para a gente poder ter direitos ... acho que eu tentei ... que mantive até porque eu acredito nisso, que a gente tem que ter alguns espaços, em que a gente possa exercer mais do que o seu papel profissional ... desde a época que eu era aluna ... é porque achava que na saúde pública podia ter esse espaço de conseguir um pouco isso, de dividir coisas que eu acreditava, mesmo que idealizadamente ... conseguir trabalhar com mais gente ... trabalhar em uma perspectiva em que a gente pudesse conseguir justiça social ... de buscar mais igualdade, então para mim o espaço de participação é muito importante ... embora, em muitos momentos a gente não saiba como é que faz isso”(Ent.16;P).

“o que motivou é que sempre é importante a participação da gente nos Conselhos de Saúde, nesses fóruns ... eu acho esses fóruns muito importante, esses espaços, importantíssimos; acho que todos deveriam participar que acho que aí a gente conseguiria modificar ... a participar mesmo

faz três anos para cá, três anos e meio, que eu estou, que eu voltei, efetivamente; eu sempre acompanhei, mas efetivamente, tentando interferir ou tentando modificar faz pouco tempo, mas já está frustrando”(Ent.14;P).

Observamos que estes Conselheiros acreditam que através da participação organizada da sociedade em torno das questões relativas à saúde poderemos obter melhorias concretas. Vêm na organização da população em torno de projetos coletivos das questões sobre saúde pública a oportunidade de se encaminhar demandas gerais em busca de uma sociedade mais justa.

Observamos, ainda, que estes Conselheiros, enquanto sujeitos coletivos, pensam seus projetos coletivamente, buscando concretizar, pelo menos em parte, os princípios da Reforma Sanitária brasileira, apontando na direção de que é possível construirmos um Projeto Coletivo para a Saúde, diferentemente de outros segmentos, já citados neste estudo, que pensam seus projetos de maneira isolada, o que contraria totalmente os princípios da Reforma Sanitária e conseqüentemente do SUS.

Oportunidade para defender os interesses corporativos e institucionais

As falas a seguir expressam conteúdos de projetos de interesses institucionais e corporativos.

“como é que eu vou defender um profissional de uma UBS ou de uma UBDS se eu não sei como que ele trabalha lá? ... você está à disposição, o Centro Médico está lá, existe o fórum de defesa profissional ... se aquele setor está se sentindo prejudicado ou pressionado por péssimas condições de trabalho, ou porque o jeito que a população quer que trabalhe e ... às vezes a política faz com que não se trabalhe de modo racional mas de modo político, muitas das vezes ... então ‘olha, nós estamos sendo pressionados’ ... então traz

para o Conselho e diz 'está acontecendo desse modo, dessa maneira' ... tem que se discutir"(Ent.6;P).

A fala deste entrevistado, na verdade, embora defendendo especificamente sua categoria profissional, está tentando fazer com que seu segmento utilize o espaço do CMS para tratar de problemas que podem interferir no seu desempenho profissional, conseqüentemente no atendimento à população. Este é o espaço legítimo para tratar-se destas questões.

Já este outro Conselheiro vê o colegiado como um espaço para obter informações de interesse apenas para sua instituição e não para o conjunto do seu segmento; e isto está presente na fala a seguir.

"como eu sou da área da saúde aqui na escola e desses cursos da saúde, a Enfermagem, é o curso que eu coordeno e a Biomedicina ... por eu ter um envolvimento bastante grande em relação às questões de saúde, de estágio dos meus alunos e me interessar até por essas questões, a escola houve por bem, vamos dizer, concordar com a minha já participação anterior e eu continuo com o aval da Escola ...

eu considero importante a minha participação até para saber o que está acontecendo, poder estar opinando em algumas decisões que a gente sabe que são importantes ... passaria mesmo a nível de estágio, de colaboração nossa; como você sabe, nós temos o curso de biomedicina que colabora com a prefeitura, faz exames aí para a prefeitura através do SUS"(Ent.7;P).

Como podemos depreender, este Conselheiro além de não utilizar o espaço do CMS, para publicizar os projetos do seu segmento, como um todo, também não pretende publicizar os projetos de sua instituição, em especial. No entanto, demonstra, claramente que considera importante ser membro do colegiado para, usufruindo da condição de Conselheiro obter, de maneira privilegiada, informações que possam interessar, especialmente a sua instituição.

Na mesma direção é a fala deste outro entrevistado, como vemos a seguir.

“houve um interesse particularmente meu porque os hospitais que a gente administra, mais precisamente a Sinhá Junqueira, ela construiu uma maternidade exclusivamente para os usuários do SUS e a gente achou interessante estar participando em função dessa introdução dessa nova maternidade em Ribeirão Preto”(Ent.8;P).

Verificamos que, mesmo representando diferentes segmentos de prestadores, estes Conselheiros têm, como motivação, defender um projeto corporativo, seja de uma categoria profissional, seja de sua instituição. Como já apontamos anteriormente, se estes segmentos realmente colocarem seus projetos, mesmo que corporativos, para discussão no colegiado, com certeza, estarão contribuindo para o fortalecimento desses fóruns, de maneira democrática e transparente.

Oportunidade de conhecer o SUS e obter informações para subsidiar projetos e estratégias de alcance coletivo para a saúde pública.

Observamos na fala a seguir, concretamente, a importância da intersetorialidade para se pensar a questão da saúde.

“eu trabalho aqui na Secretaria do Planejamento ... em especial, no planejamento urbano e todas as questões envolvem o planejamento urbano ... e participar do Conselho, é saber um pouco mais das pessoas com as quais a gente vai trabalhar, para fazer esse planejamento ... acho que o importante é conhecer ... e também para conhecer a saúde ... porque, como a minha área, em específico, é o planejamento urbano, mais ligado ao zoneamento, fica às vezes difícil até você entender alguns assuntos que são tocados no Conselho de Saúde”(Ent.13;U).

Já o Ent.12;P, revela que esta é uma oportunidade para diversificar o conhecimento sobre a realidade em que vive, a partir de outras experiências e também para fazer circular informações que possam colocar a saúde na agenda dos governantes. Além disso, considera que este espaço é importante para sua instituição pois permite a circulação de informações de interesse coletivo, como podemos ver na fala destacada a seguir.

“eu julgo que é importante sim ... essa transmissão de informações ... um dos grandes problemas que nós vivemos, que a saúde nacional vive hoje é justamente a falta de integração entre os órgãos e a velocidade que essas informações são transmitidas e no caso da vigilância epidemiológica especificamente; não só aqui na cidade de Ribeirão Preto, mas em outros municípios também; eu acho que a participação ... a formação tanto do Conselho Municipal quanto de outros Conselhos, ela vem justamente eliminar essa dificuldade ... é realmente importante ... porque a gente tinha até, alguns anos atrás, a questão da informação era muito esparsa, era muito vaga, era muito dissociada; e isto está sendo vencido e o Conselho é positivo também por esse sentido ... as informações que nós, tanto levamos quanto trazemos do Conselho Municipal são fundamentais ... eu obtenho informações importantes sobre o funcionamento, o fluxo de informações dentro do município é até entre outros municípios da região ... e até informações específicas das várias unidades”(Ent.12;P).

Observamos aqui uma possibilidade de se utilizar o espaço do colegiado para que as questões relativas à ocorrência e/ou agravos à saúde coletiva não sejam deixadas de lado, como tem ocorrido até agora.

Ampliar instâncias de participação e colaborar na solução dos problemas do cotidiano da Assistência à Saúde

Verificamos na fala a seguir que este Conselheiro espera, com a criação das Comissões Distritais de Saúde, previstas na legislação,

conseguir que as questões das Unidades, antes de serem levadas ao Conselho, possam ser discutidas no nível dos Distritos, acreditando com isso agilizar a implementação das propostas de soluções.

“eu participo lá na zona leste ... participei das eleições de todas as CLS, através de uma comissão pela FABARP ... estou brigando dentro do Conselho para ter outro órgão dentro do nosso segmento ... a Distrital de Saúde que a gente não tem como mexer ... já discuti isso até no Conselho ... tem forças políticas que impedem a gente, que impede ser feito isso ... isso aí para mim é um retrocesso muito grande ... eu acharia que, se dentro do Conselho, eu vou começar a brigar para que se faça ... Comissão Distrital não é órgão de mando nenhum ... é uma maneira de discutir melhoria de qualidade na saúde ... se tivesse essa Comissão Distrital ... funcionaria bem melhor em termo de qualidade do prestador, de amizade entre o prestador de serviço e o próprio usuário”(Ent.4;U).

Verificamos ainda que este entrevistado procura exercer sua cidadania tentando viabilizar outros canais de comunicação, ou seja, buscando ampliar os espaços de participação do SUS, entre os usuários e os serviços de saúde, como as Comissões Locais e Distritais de Saúde.

Nas falas a seguir, vemos que os representantes de usuários acreditam que através da participação de todos, usuários e prestadores, poderão contribuir para solucionar questões do cotidiano das Unidades de Saúde, que com certeza, interferem na qualidade da assistência prestada.

“eu conheço todos os gerentes, tenho uma boa comunicação com eles e a gente vive o problema da própria UBS ... eu faço parte de uma CLS lá da UBS do São José ... a gente sente as dificuldades que a própria UBS atravessa e como tem todos os gerentes como amigos, como os usuários também ... através da participação, da vivência com o pessoal eu sinto as dificuldades deles também”(Ent.4;U).

Analisaremos a seguir um dos depoimentos de representantes de usuários, o qual expressa o que verdadeiramente acontece em uma determinada Unidade de Saúde do município, que pode ser qualquer uma. Ao mesmo tempo, este Conselheiro nos mostra como pequenas mudanças poderiam transformar este cotidiano em algo mais humano e acolhedor, tanto para os trabalhadores, quanto para os usuários.

“bom, eu participo desse Conselho pelo seguinte, eu gostaria de saber porque a população reclamava tanto ... por mais que se faz ... a população continua sempre reclamando ... então eu fui para o Conselho, do Conselho eu fui fazer parte de uma CLS, então eu estou bem dentro da área, do meu objetivo, não é ... só que eu ainda não descobri por que que a população está reclamando ... a gente faz a reunião com os gerentes, e com os membros da Comissão ... então está sempre tratando ... quando o paciente está reclamando da consulta que é muito demorada, para ser ... marca muito longe ... ou quando vai lá não tem condição ... e a gente discute com o gerente a possibilidade de estar fazendo essa melhora ... também na nossa unidade tem uma caixinha que todos os usuários que insatisfeito por qualquer coisa ... ou o funcionário que reclama ... então ele tem uma caixinha ali para dar opiniões e fazer uma proposta também ... por que eu acho que também não é só acusar, não é só chegar e achar que tudo tem que estar bonito ... ele tem que falar : ‘o que eu posso fazer para ajudar’ ... ele tem que saber o que ele pode fazer para tentar amenizar aquela situação ... eu acho que o usuário também ele tem a sua parte, não é nem só o gerente e nem só a CLS ... o usuário também tem que dar a sua parte”(Ent.5;U).

Importante ver na fala deste Conselheiro que ele, acreditando que a participação organizada pode acumular força, procura, com sua militância, conquistar novos sujeitos, tanto usuários, quanto trabalhadores para, todos juntos, encontrarem soluções para as dificuldades; procura também discutir as tensões do dia-a-dia no próprio contexto onde são produzidas.

Devemos reconhecer que isto está sendo possível graças às instâncias de participação do SUS, onde estão sendo produzidos novos sujeitos sociais e políticos.

“a unidade básica distrital também ela deveria ter uma, uma visita periódica a todos os doentes da sua área ... teria uma enfermeira para passar na casa de pessoas doentes, para fazer uma visita, fazer uma orientação, conversar com a família ... se isso não faz parte da enfermeira, então que se arrume um psicólogo ... eu não sei ... já foi falado isso no Conselho ... então eu gostaria que isso estivesse assim, posto em prática ... tem muita coisa bonita, a saúde é muito bonita, o Conselho é muito bonito, mas tem muita questão que está muito no papel ... eu gostaria mais, que estivesse saindo do papel, principalmente fazer essa visita ... a unidade é aí pertinho, então passa uma enfermeira todo dia, vai lá conversar com o doente ... com a família ... a família fica muito estressada, aí já perde a paciência com o doente ... eu acho que seria um avanço muito grande para todos nós ... também humanizar o atendimento”(Ent.5;U).

“os pacientes no Hospital das Clínicas, o médico vai e vira o paciente do avesso, ele coloca a mão ali, aperta aqui, dói aqui, dói ali, vai lá ... agora, quando chega nas unidades eu até reconheço mesmo que o médico não vai ter tempo de virar o paciente do avesso e nem tem condições ... então qual é a reclamação, do usuário ‘Ah bom, eu fui lá naquele médico e ele nem me pôs a mão, ele mal viu a minha pressão’ ... sabe, então como que o médico pode, o tempo dele também é curto, ele tem um grande número de pacientes para atender ... então ele não pode realmente ficar pondo a mão no paciente ... eu acho que isso também é um trabalho do Conselho, porque a gente vê, o médico reclama, o funcionário reclama, o usuário reclama, mas o que pode se fazer, não dá para diminuir as queixas do paciente, porque muitas vezes o paciente vai lá no posto, ele não está doente, ele não está, ele não está doente não, ele está lá mais para o funcionário conversar com ele ... aí o funcionário dá uma palavra com ele, já curou, mas o funcionário tem tempo de conversar com o usuário? Não tem, então fica difícil”(Ent.5;U).

“eu acho que isso aí também, deveria assim, dividir um pouco, por exemplo, assim, se a unidade ... que trabalha 24hs, tivesse uma outra, que ... lá vai até as 5 horas, por que não ir até às 10 horas? Desafogaria bem uma ... ou então se uma está sobrecarregada mandasse o paciente para outra mais próxima ... tem que dividir sim, aquela unidade que está sobrecarregada passar para a outra de imediato, para aliviar, eu acho”(Ent.5;U).

Verificamos na fala do Ent.5;U a preocupação com a qualidade do atendimento prestado, não só com relação a um diagnóstico que satisfaça à demanda imediata do usuário mas também e principalmente que lhe seja dada a devida atenção. Em outras palavras, e como ele mesmo diz, é necessário humanizar o atendimento; é necessário que a unidade crie um vínculo com a clientela. Esta fala aponta aspectos que estão presentes no documento do Ministério da Saúde⁽¹³⁾, já citado, que orienta a organização da Atenção Básica à Saúde.

A fala a seguir expressa a necessidade de que o segmento representado esteja mais presente, pois considera necessário que todos sejam ouvidos para que as possíveis soluções sejam mais adequadas.

“dentro dessa luta nossa, de todo dia ... com essa patologia ... e de eu estar envolvido em todos os trabalhos ... um trabalho que já vem de 5 anos atrás ... eu acho que poderia ter uma avaliação melhor dos pacientes, uma participação maior dos portadores ... para saber das necessidades ... eu acho que só as minhas necessidades não são as necessidades de todos, entende ... eu acho que tem que ter uma participação mais coletiva”(Ent.9;U).

Vemos nesta fala que, embora o segmento tenha lutado muito para conquistar o direito de participar e interferir na definição de prioridades e tenha saído vitorioso, não está usando seu espaço efetivamente, o que torna infrutífera a possibilidade aberta, quando da inclusão dos representantes deste importante segmento no colegiado.

“é muito importante, apesar da gente estar começando, é essencial ... nossa, de repente você, num determinado estágio, você conseguir que a população chegue para você e diga: ‘nós não queremos isso’ ... querer o que você quer é fácil, mas a população dizer para você: ‘nós não queremos isso, por causa disso, isso, isso, isso, isso’ ... para beneficiar muitas pessoas, acho isso muito importante ... estou torcendo para que a gente chegue nesse estágio o mais rápido possível ... mas é só com participação mesmo”(Ent.13;U).

Verificamos que este entrevistado aponta os aspectos positivos da participação, em que a população, participando das decisões, poderá inclusive decidir o que é melhor para eles, do seu ponto de vista e não do ponto de vista dos administradores.

Observamos ainda nestas falas que elas apontam a necessidade e a possibilidade de se construir a gestão colegiada no dia-a-dia das Unidades de Saúde. De acordo com VALLA & SIQUEIRA (1989)⁽⁷⁷⁾ diríamos que Ribeirão Preto, em termos de oferta de serviços de saúde está entre a “*cidadania de sobrevivência*” e a “*cidadania de vigilância*” pois já possui uma rede de serviços que permitem ao cidadão exercer a vigilância sobre os serviços prestados.

Todas as falas deste sub-ítem são de representantes de usuários. Isto provavelmente se dá pelo simples fato de que tanto estas pessoas, como os segmentos que representam, buscam assistência à saúde nas Unidades da rede municipal. Estes representantes expressam as dificuldades, os problemas, advindos de suas relações com o cotidiano dos serviços de saúde, pois os utilizam. Isto nem sempre acontece com os representantes de outros segmentos, os quais nem sempre usam a rede municipal de saúde, em busca de assistência, podendo estar menos sensibilizados com estas questões mais imediatas.

As falas a seguir revelam que alguns dos Conselheiros, bem como provavelmente boa parte dos técnicos, dos que trabalham nos serviços de saúde, em todos os níveis e em todos os setores, embora

interagindo profissionalmente com a população, geralmente não conhecem como ela vive ou até mesmo, sobrevive. Assim, participar neste espaço pode ser uma oportunidade para se conhecer melhor a comunidade em que se vive, e a partir daí propor soluções viáveis para os problemas do cotidiano.

“o Conselho é uma forma de conhecimento, de você somar, alguma forma de conhecimento, de atitudes dentro da vida, não só sua, como da sociedade ... então, a participação no Conselho é bem essa ... conhecer bem o mundo que você está; porque apesar de que o mundo é mundo, mas você vive em segmentos bem diferenciados ... por exemplo, eu não passo pelo problema de pegar ônibus, então eu não sei dos atrasos dos ônibus; então você participar do Conselho, você consegue, descobrir e detectar essas coisas ... nada como participar para saber o que a população passa e o que ela sofre ... para tentar pelo menos minimizar um pouco esse problema ... eu acho que o Conselho é justamente isso, tem essa finalidade, tentar mesclar uma série de realidades para você conseguir resolver o problema ... resolver o problema talvez não, mas encontrar uma solução que minimize e que melhore um pouco para todo mundo”(Ent.13;U).

Verificamos que este entrevistado expressa ser esta, uma oportunidade de conhecer a “cidadania de sobrevivência” exercida pela comunidade em que vive, com relação, não só à saúde, mas a outros aspectos importantes do cotidiano desses usuários.

A fala destacada abaixo aborda um tema que tem sido objeto de discussão em outros momentos e que nesse estudo só foi abordado por esse entrevistado, que é a questão do “preparo” que os Conselheiros deveriam ter para exercerem suas funções.

“eu acho que a gente que faz parte desse conjunto, nós deveríamos mostrar para os Conselheiros, para que eles comesçassem a ver como que eles têm que modificar ... não é você hoje implantar mais Unidades Básicas de Saúde, que vai resolver o

problema do paciente você resolve o tratamento prévio, o tratamento clínico, o tratamento antes da doença acontecer, o preventivo ... essa é uma proposta da gente fazer um mini-seminário ... um pedacinho da reunião do Conselho, que ela é longa ... você reserva meia hora para você discutir isso, desde a base até os níveis ... mas ... eu acho que com duas reuniões ou três reuniões, as pessoas começariam a entender esse funcionamento”(Ent.6;P).

Verificamos que este entrevistado, o que ele gostaria de fazer, na verdade, é discutir o Modelo assistencial com os usuários; ele sinaliza que, a partir da compreensão de como estão organizados os serviços, os diferentes níveis de complexidade e a conseqüente hierarquização da rede, as relações poderiam melhorar.

WESTPHAL (1995)⁽⁸¹⁾ traz uma importante contribuição para o tema e conclui que a educação é importante, porém não suficiente. Concordamos com a autora e, pelas questões levantadas até o momento, nesta investigação, acreditamos que saber como funciona, embora não possa resolver todos os problemas, poderá, contudo, ajudar.

Este mesmo Conselheiro traz um outro aspecto da assistência à saúde, que é o desconhecimento de como se dá a relação do SUS com os prestadores (hospitais e profissionais), como expressa a fala a seguir.

“o SUS, chegou-se a um aperfeiçoamento do sistema de Saúde, do modo gerencial, em termos de verbas, em termos de participação, ele se tornou mais racional; mas do funcionamento, do relacionamento do sistema com os prestadores de serviços, que são os Hospitais e que são os profissionais, ninguém sabe como funciona isso”(Ent.6;P).

Verificamos que este entrevistado aponta que há falta de transparência nesta relação. Esta é uma questão importante, pois, de acordo com as Normas Operacionais do SUS, os prestadores de serviços devem ser contratados com base em contratos e/ou convênios, os quais devem conter regras claras, tanto quanto à forma de remuneração, quanto

aos serviços que serão prestados, de acordo com as necessidades e prioridades estabelecidas pelo CMS.

Além disso, os Conselheiros devem fiscalizar o cumprimento destes contratos e/ou convênios; daí a importância de terem conhecimento de como são elaborados e celebrados os mesmos.

Concluindo este Núcleo Temático, verificamos que enquanto todos os representantes de usuários expressam motivações que sinalizam projetos de interesse coletivo, alguns representantes de prestadores sinalizam projetos de interesse corporativo. É preciso que estes projetos sejam realmente discutidos no colegiado, de forma democrática, a fim de que não prevaleça o interesse corporativo, de qualquer segmento ou instituição, em detrimento dos interesses coletivos de toda uma comunidade.

3. 3. 2. O espaço de participação para o segmento representado.

Partindo do pressuposto, de que cada membro do CMS representa um segmento organizado ou uma instituição, sendo estes que lhes dão legitimidade para participarem no colegiado, defendendo seus projetos de interesses, consideramos relevante, para este estudo, identificar qual a importância de serem representados no colegiado, para os segmentos que o compõem.

3. 3. 2. 1. Pouco interesse em participar

Já na primeira leitura das entrevistas, verificamos que, no segmento dos prestadores, freqüentemente o Conselheiro se ressentia do pouco interesse demonstrado por seus representados, quanto à sua atuação no colegiado. Por outro lado, no segmento dos usuários, embora

este conteúdo também fosse evidenciado, foi menos significativo. Vejamos as falas que expressaram esta questão.

“não vou dizer que nós temos uma participação grande ... nós não temos ainda esta cultura de uma participação, de tentar brigar mesmo por aquilo que a gente quer ... eu penso até que a legislação do SUS até deu uma certa acomodada ... vejo que antes, para conseguir a legislação parece que teve um empenho muito maior, e a hora que legislou ... e isto não é só no âmbito do Conselho, a gente vê a nível ... do cargo executivo, do cargo legislativo ... se tem alguém lá já para estar brigando por mim ... o Sindicato dos Médicos participa muito pouco ... os Biomédicos nunca apareceram ... então tem representações que nunca apareceram, que antigamente lutaram muito ... o Conselho Regional de Medicina ... nunca contribuiu numa discussão com as nossas reuniões, e eram, e são representantes que lutaram muito ... para que fosse garantido em lei os Conselhos, as Conferências”(Ent.1;P).

Retomando a análise que fizemos quanto ao processo de escolha, verificamos que a eleição deste representante foi concorrida, o que é incoerente com a postura desinteressada destas entidades, refletida na fala deste Conselheiro. Além disso, parte das entidades que compõem o segmento representado por este Conselheiro, foram parceiros importantes na condução do processo da Reforma Sanitária em nosso município, inclusive, tendo participado, juntamente com outros segmentos organizados, de todo processo de reformulação do setor, tornando ainda mais preocupante esta indiferença pelo processo, atualmente.

“a participação da categoria é muito fraca ... essa forma de participação, ela não está desperta na sociedade como um todo ... normalmente as pessoas sentam para discutir os problemas, quando eles acontecem”(Ent.6;P).

Observamos que para este Conselheiro a atuação da categoria não se dá, também por questões culturais que estão presentes em nossa sociedade. Este aspecto já abordado na fala analisada acima, é

uma das mazelas que herdamos do nosso passado autoritário, o qual apontamos em nosso quadro teórico e que, com certeza, precisamos superar, pois, a história tem nos mostrado que apenas eleger, não é suficiente, se desejamos uma sociedade verdadeiramente democrática.

Observamos também que, tanto a fala do Ent.1;P, quanto o Ent.6;P, atribuem o pouco interesse na participação, por parte dos grupos, como algo que está presente em outros setores da sociedade, em outros espaços, como por exemplo, na Câmara de Vereadores, também, refletindo o desinteresse dos cidadãos pelas decisões da coisa pública e de que isto não ocorre apenas no âmbito do CMS.

A fala a seguir, embora também apontando a questão do desinteresse, representa um segmento institucional, diferente dos dois anteriores, os quais representam categorias de profissionais de saúde, de nível universitário.

“parece que o exercício dessa função e os próprios hospitais representados, parece que não se interessam muito ... eu acho que ainda, pelo menos esse segmento, as pessoas ainda não estão devidamente conscientizadas da importância dessa representação no CMS”(Ent.8;P).

Neste importante segmento, para o seu representante, o que falta é conscientização, por parte dos grupos, sobre a importância de estarem representados e participarem no CMS. No entanto, são eles que vendem serviços ao SUS municipal, configurando-se em um setor que tem interesses concretos a serem defendidos, expressados, inclusive, quando analisamos os motivos que levaram este Conselheiro a fazer parte do colegiado, sendo contraditório este desinteresse em participar.

No caso do Ent.14;P, ele próprio expressa não estar se empenhando muito para que a categoria por ele representada tenha uma participação mais efetiva, como vemos na fala a seguir.

“sinceramente, eu faço muito pouco ... não tenho discutido muito com a categoria essa questão ... eu

nem me sinto muito à vontade porque eu não sou titular ... então essa coisa me deixa amarrada ... e como as questões, no Conselho são mais do serviço do setor público, nossa representação é a questão do trabalhador de nível médio ... eu me sinto presa pelo fato de ser suplente ... às vezes até eu tenho vontade, discuto alguma coisa com o pessoal aqui, mas eu acho essas coisas meio complicado”(Ent.14;P).

Este entrevistado representa um importante segmento, que são os trabalhadores da saúde, de nível médio, não apenas do setor público, mas também das demais instituições conveniadas que prestam serviço ao SUS, cujo contingente é significativo na prestação da assistência direta à saúde da população. O fato de não estarem sendo discutidas no âmbito do Conselho, as questões referentes à atuação destas categorias nos serviços não públicos, é preocupante, pois boa parte da prestação de assistência à saúde da população se dá nestas instituições. Assim sendo, é responsabilidade dos respectivos representantes no colegiado que estas questões sejam levadas para discussão, o que parece não estar acontecendo.

Quanto ao constrangimento em discutir problemas de sua categoria profissional, pelo fato de ser suplente, isto não deveria ocorrer, tendo em vista que o direito ao uso da palavra no colegiado, pode e deve ser exercido por todos que comparecem às reuniões. Além do mais, o membro suplente, quando comparece substituindo o membro efetivo, como freqüentemente é o caso deste, além do direito à palavra, tem também direito ao voto.

Todavia, apontamos que o que pode estar ocorrendo, neste caso, é que o fato deste Conselheiro exercer, profissionalmente, uma função de nível médio, a qual, na estrutura hierárquica dos serviços de saúde está subordinada a categorias profissionais de nível universitário também presentes no colegiado, esta pode ser também a razão do constrangimento.

Também o Ent.16;P, expressa que o segmento por ele representado não tem mostrado interesse em saber o que está se passando no colegiado, como vemos na fala a seguir.

“nunca tivemos nenhuma articulação grande no campus, para poder ter essa representação como uma representação mesmo ... nós fizemos um pequeno ofício colocando que a gente tinha sido indicada pelo conselho do campus, mandamos para todos os diretores, para eles repassarem para os docentes e poucas unidades pegaram aquele ofício e só comunicaram em alguns fóruns ... fizemos opção para tentar chegar até os professores e, mas também tivemos uma resposta ínfima ... participar do CMS sempre foi, ... tenho a impressão de que ela é vista, por uma grande parte dos professores, como presente de grego”(Ent.16;P).

Observamos que este entrevistado, que representa órgãos formadores dos recursos humanos da saúde (universidades públicas), não tem conseguido mobilizar seu segmento, até porque, os convites para que participem de discussões, em algumas Unidades, têm permanecido centralizado na mão dos respectivos Diretores, impedindo assim a divulgação da informação. Refere, inclusive, que ser Conselheiro da Saúde tem sido considerado um “presente de grego” por seus colegas professores. Este é um aspecto importante, pois, a inclusão deste segmento no colegiado, permitiu que os responsáveis pela formação dos futuros profissionais de saúde, que são os professores universitários, pudessem conhecer quais são as necessidades dos usuários e possíveis problemas que muitas vezes podem ter sua origem na própria formação dos recursos humanos da área. Portanto, a ausência de uma participação efetiva por parte deste segmento inviabiliza qualquer projeto neste sentido, como por exemplo, discutir-se o modelo assistencial vigente, entre outras coisas. Esta questão, inclusive, foi abordada por um dos representantes de usuários, como vemos na fala a seguir.

“o cidadão, o técnico universitário ele se projeta porque ele teve oportunidade de freqüentar uma

universidade ... ele então se distancia muito do povo ... e a gente até já questionou em algumas oportunidades: o que nossas universidades estão oferecendo aos nossos jovens? Eu acho preocupante, esse afastamento da universidade com a população, isso eu acho preocupante, porque se a nossa universidade forma nossos técnicos, nossos futuros médicos, engenheiros, professores, doutores, eles não mantêm essa comunicação, esse relacionamento com a população, que formação vão ter esses nossos jovens para amanhã poder se entender com essa população que vai ser o seu consumidor?”(Ent.3;U).

Importante também o conteúdo levantado por outro Conselheiro de que talvez o medo de ser discriminado pode levar à não participação, como vemos na fala a seguir.

“tantas vezes eu já fiz o convite porque o Conselho é aberto ... acho que tem esse caráter de ser democrático; mas acho que a comunidade não sabe muito bem disso ... os convites foram feitos ... não só verbalmente mas também burocraticamente, eu mandei, muitos; mas o retorno disso foi mínimo ... eu acho que é uma doença muito estigmatizada, que é difícil a participação e também das pessoas ... os interessados são os portadores do vírus HIV mesmo ... e acho que o estigma da doença ... de ser uma doença promíscua, de ser uma doença de prostituta, de gays ... eu acho que fica muito difícil para as pessoas estarem encarando, e falando sobre isso, sobre essa doença, como dela mesma ... eu acho que fica muito difícil para mostrar a cara ... eu acho que uma das razões deva ser essa”(Ent.9;U).

Este entrevistado é um dos Conselheiros que representa as entidades de portadores de patologia e de deficiências, os quais têm dois representantes no Conselho; como outros representantes, a tarefa de motivar seus representados para a participação, também é deles.

Quanto ao possível receio da discriminação, não deve ocorrer apenas com os portadores do HIV, mas também com os portadores de deficiências físicas, os quais como sabemos, têm dificuldades até mesmo

de se locomoverem até os locais para participarem das atividades, mesmo que o desejem. Sem contar com o problema dos deficientes auditivos, cuja limitação na comunicação, impede que participem mesmo estando presentes, e que é o problema do outro Conselheiro deste segmento. Na tentativa de solucionar este problema e também para não tornar inútil a escolha do segmento que optou por ter como um dos seus representantes, um deficiente auditivo, no início da atual gestão do CMS, a Secretaria Municipal de Saúde, contratou um intérprete para acompanhar as reuniões do colegiado, afim de viabilizar a participação do mesmo. No entanto, este desistiu de ser Conselheiro por que, mesmo com o intérprete, não se sentia devidamente esclarecido e com condições de decidir e foi indicado outro para o seu lugar. Portanto, sentir-se discriminado, infelizmente, pode ser um fator que limita a participação, e não apenas para os portadores do HIV.

No caso do Ent.13;U, que representa, no segmento dos usuários, os profissionais liberais e autônomos não relacionados à saúde, expressa que seus representados não utilizam o serviço público de saúde e por isso não teriam em que contribuir, como vemos na fala a seguir.

“é um segmento que talvez não tenha muito a contribuir, porque não são pessoas, na grande maioria, usuárias do sistema público ... então eu acho que em termos de contribuição, acho que não seria assim tão importante ... muitas vezes você convoca a Associação das Imobiliárias, então o pessoal não tem muito interesse; eu senti, quando fui eleita, que a situação era diferente, mas com o passar do tempo, você não tem esse retorno, essa vontade das pessoas, de chegar e saber o que que está acontecendo”(Ent.13;U).

Esta fala demonstra que este segmento, assim como o próprio representante, desconhece o que é o SUS e a finalidade das instâncias de participação e de decisão. A indiferença, por parte dos representados sobre o que está acontecendo, confirma, inclusive, a fala do Ent.3;U, apontada e comentada há pouco. Além disso, este Conselheiro

também foi eleito em um processo em que houve disputa entre as entidades que compõem o segmento, não justificando o desinteresse atual.

Como apontamos no nosso referencial teórico, o membro do CMS não é porta-voz de suas idéias, mas sim, das idéias e dos projetos de todo um segmento organizado. Assim sendo, fazer parte do colegiado é responsabilidade tanto do Conselheiro, bem como dos segmentos ali representados, como já dissemos. São estes que dão legitimidade à representação e permitem que as decisões tomadas sejam vistas como decisões coletivas, do colegiado e não decisões individuais, das pessoas ali presentes. Mais ainda, são os respectivos segmentos que lhes delegam *“autoridade para poder influir na gestão e produção de políticas de saúde”*⁴⁸⁾. Daí a relevância de identificar o interesse dos segmentos representados pelo que se passa no âmbito do CMS.

Observamos também que embora Conselheiros dos dois grupos, tenham apontado o pouco interesse por parte do seu segmento, o mesmo não ocorreu com os representantes das Associações de Moradores. Dentre estes observamos falas que apontam, sim, uma preocupação com relação à credibilidade que estes espaços possuem, aspecto este que será tratado a seguir.

3. 3. 2. 2. Descrédito na eficácia da participação por incompreensão do processo e da representação política nestes espaços

Observamos que entre representantes dos dois grupos de Conselheiros, apesar da importância legal dos colegiados, seus representados não acreditam que através da participação seja possível mudar alguma coisa, refletindo um certo descrédito quanto à força que a sociedade organizada tem. Vejamos algumas falas a este respeito.

“parece que eles não acreditam que isso vá modificar alguma coisa ... aliás, como

representação nenhuma, dentro dos sindicatos também ... eles têm muita dificuldade de acreditar no poder deles, de modificar, de transformar ... eles acham que não, que é só na questão burocrática, eles não acham que podem modificar alguma coisa se eles quiserem, se tiverem interesse, se tiver a intervenção deles ... a gente não conseguiu trabalhar a base ... o pessoal, quando fala em questão de local de trabalho, é difícil trabalhar ... passa o tempo e fica cada vez mais difícil ... não sei o que é que vai modificar isso aí”(Ent.14;P).

Este entrevistado expressa um certo desencanto com a possibilidade de se conseguir transformar a realidade a partir da participação política nestes espaços, bem como a descrença do segmento representado, tanto nas próprias entidades representativas, quanto no CMS, por não terem suas demandas mais imediatas satisfeitas, com relação às condições de trabalho. Além disso, o próprio representante demonstra uma certa impotência, enquanto liderança, de como poderia contribuir para mudar este quadro. Não podemos perder de vista que as mudanças importantes não acontecem da noite para o dia, em uma sociedade democrática, mas sim como resultado de um processo, do qual todos podem e devem participar sempre.

Já o Ent.16;P atribui o descrédito a um não entendimento do que é a representação do segmento no colegiado e do significado dessa participação, sendo que esta questão tem estado presente no cotidiano de sua vida profissional refletindo uma preocupação sua de também entender os motivos do pouco interesse, já apontado anteriormente, como vemos na fala a seguir.

“tem outra questão que acho que está colocada que é o exercício mesmo da participação, os entendimentos de representação, de representatividade que acho que a gente não tem ... essa história do exercício da participação, de como é que funciona, como é que se coloca nesse processo ... quem que a gente representa, qual é o canal que a gente tem que cutucar para, colocar o que estamos pensando ... acho que a gente fica sempre pensando isso: a quem a gente se reporta?

Qual que é o meu papel lá? Para quem que eu levo e trago”(Ent.16;P).

Observamos que para este entrevistado não está claro quem ele representa; este talvez seja um conflito entre o que ele faz como representante da instituição e o que desejaria fazer. Além disso, coloca-se como se as entidades que representa não lhes desse legitimidade para representá-las, justamente por não conseguir mobilizá-las, como vimos há pouco e também por ter sido indicado sem ser consultado, aspecto também já comentado. Como membro do corpo docente da universidade tem toda legitimidade para representá-la.

Complementando seu pensamento a este respeito, o Ent.16;P sinaliza um aspecto que com certeza está presente em outros segmentos, como vemos na fala a seguir.

“a gente também sempre acha que porque você tem profissional que é ligado à área da saúde e à instituição formadora que essa pessoa naturalmente teria conhecimentos sobre alguns aspectos que envolvem uma dinâmica de participação e isso não é verdade ... eu acho que tem um certo desconhecimento ... gente que trabalha muito próximo, até mesmo dentro da saúde pública, mas não necessariamente só dentro da saúde pública, pouco conhece, às vezes, a questão das políticas”(Ent.16;P).

Observamos que o entrevistado expressa uma certa frustração, a partir de uma constatação do que deve ocorrer também com outros Conselheiros, pois, como sabemos, o desconhecimento é conseqüência do comportamento passivo que muitos segmentos assumem diante de questões, as quais consideram que não lhes dizem respeito, por não as perceberem no seu cotidiano, como as das políticas de saúde.

Para o Ent.2;U, embora existam os espaços que foram conquistados, a população não tem consciência da importância de sua participação nos mesmos como vemos na fala a seguir.

“então a gente tem onde decidir, foram criadas instâncias de participação, mas nós não temos a força que poderíamos ter ... antes a gente recebia bem ou mal ou não recebia e pronto ... depois, nós começamos a nos organizar, aí a gente conquistava algumas coisas ... eram poucas ... de repente a gente conquistava uma coisinha, era uma festa porque era uma conquista ... agora hoje a gente participa junto, das decisões, do controle etc. e tal. ... significa que hoje nós temos culpa e acho que talvez a gente não esteja preparado para assumir essa culpa, mas temos ... é responsabilidade, vamos dizer, no conceito da participação, mas é culpa porque o resultado dessa participação ainda não é o adequado e muitas vezes porque a gente não sabe o quanto isso é importante e como que a gente vai se preparar para isso”(Ent.2;U).

Observamos que para este entrevistado a sociedade organizada, no caso os usuários dos serviços de saúde, talvez não estejam preparados para assumirem as responsabilidades advindas da sua participação nessas instâncias. Por isso, embora estando presentes nos espaços de decisão, não fazem uso do poder que potencialmente possuem. Participar é assumir responsabilidades, é assumir posições e isto nem sempre é tão simples de ser realizado, pois, para isso o cidadão precisa sentir-se livre, sem medo das conseqüências que podem advir de suas atitudes, como por exemplo, ser discriminado.

Nesta mesma direção é a fala do Ent.3;U, ao dizer que ainda falta conscientização sobre o significado do exercício de participação, como vemos na fala a seguir.

“a gente tem trabalhado muito também junto às Unidades Básicas de Saúde, na formação das suas CLS ... a gente entende que a população apesar de ter avançado, apesar da dedicação, apesar da boa vontade de cada um de estar participando, a gente entende que ela não tem ainda uma consciência bem clara do seu valor, do valor de cada cidadão”(Ent.3;U).

Observamos que o que estes Conselheiros chamam de falta de conscientização, pode também ser um sentimento de vulnerabilidade por

parte dos usuários, pois, como comentamos acima, para que possam participar, estes cidadãos precisam acreditar que não vão ser discriminados posteriormente, ao procurarem a Unidade de Saúde para receberem assistência para si e para seus familiares.

O Ent.4;U, traz outra questão que pode explicar parte do descrédito que estes Conselheiros atribuem aos seus representados, quanto às possibilidades da participação no colegiado, como vemos na fala a seguir.

“porque tem Conselheiros, dentro do próprio Conselho que prometem as coisas em termo de política ... para eles e eu vejo que eles sonham e acabam caindo da cama ... eles perdem o entusiasmo de participar até de Comissões Locais porque fala que não vira nada ... mas as pessoas que ficam lá dentro são determinada e fazem virar algumas coisas”(Ent.4;U).

Observamos que a preocupação deste Conselheiro é com relação às “*promessas políticas*”^{*} que são feitas, as quais geram expectativas, nem sempre concretizadas refletindo negativamente no processo de participação. Vemos que este Conselheiro expressa maturidade política quanto à participação social nos fóruns de participação e de decisão do SUS. No entanto, entre as dificuldades de um processo participativo tão amplo como o proposto pelo SUS, eventualmente podem ocorrer deslizes como o apontado por este Conselheiro. Sendo assim, cabe a todos os participantes comprometidos com a participação conseqüente, cuidar para que comportamentos como este não comprometam o futuro destes espaços conquistados.

O Ent.5;U, expressa a dificuldade de reunir com os representantes dos servidores, como vemos na fala a seguir.

“olha, as pessoas da CLS, os eleitos, mesmo por parte do funcionário, eles ainda não acreditam

* O entrevistado não deixou claro em que momento do processo da participação estas promessas são feitas, o que impossibilita qualquer análise sobre este aspecto de sua fala.

realmente que isso vire alguma coisa, e todas as vezes que tem reunião, é muito difícil o funcionário da unidade estar comparecendo ... porque ele acha que não passa só de reunião ... então não está passando só de reunião, então fica meio difícil, mas a gente procura sim passar para ele uma espécie assim de que aquilo não é para ele, para a melhoria dele, e sim da comunidade que está em volta daquela unidade”(Ent.5;U).

Verificamos que este entrevistado fala do descrédito, com relação aos membros da CLS representantes dos servidores, cujo julgamento que fazem, em relação à eficácia das decisões tomadas nestas instâncias é semelhante ao apontado pelo Ent.14;P, comentado anteriormente. No entanto, não comparecer às reuniões da CLS, pode ser uma estratégia para inviabilizar qualquer discussão que os representantes dos usuários queiram fazer, por exemplo, com relação à qualidade do atendimento recebido na unidade, ou seja, é uma maneira de evitarem e de se protegerem de possíveis críticas.

Além disso, historicamente, os locais onde são prestados os serviços de saúde, são espaços compreendidos como de domínio exclusivo dos que lá exercem suas atividades profissionais, sendo inclusive, formalmente vedada a passagem de qualquer usuário, para outras dependências que não aquelas onde, obrigatoriamente teria que adentrar para que lhes seja prestada a assistência, como por exemplo, a sala de vacinas, o consultório médico, odontológico, a sala de curativos, etc.; e assim mesmo, desde que sejam convidados a adentrarem estes espaços. A presença dos membros das CLS, representantes dos usuários, nestes espaços, não para receberem assistência, mas para falarem sobre esta assistência, com certeza causa desconforto para os servidores; não comparecer às reuniões, que, inclusive, são consideradas como horas trabalhadas, ou tratá-las como algo sem importância, para estes servidores é uma forma, como já dissemos, de demonstrar este seu estranhamento

com uma situação nova, em que servidores e usuários desfrutam do mesmo poder, politicamente.

Verificamos ainda na fala dos representantes dos usuários tratadas neste item, um conteúdo que aponta para uma perspectiva positiva com relação ao futuro dessas instâncias. Vemos também que o fato de estar presente, a preocupação com a pouca participação, tanto no segmento dos usuários, quanto dos prestadores, estando incluídos nestes, os profissionais de saúde de nível universitário e os de nível médio, aponta a perspectiva de que estes obstáculos possam ser superados, desde que todos se empenhem e tomem o colegiado como o espaço legítimo onde estas questões sejam discutidas e trabalhadas, e o exercício de cidadania seja possível, com uma maior participação dos segmentos representados.

Conforme apontamos no nosso quadro teórico, a possibilidade da sociedade civil brasileira se organizar é, historicamente recente. Acreditamos que as dificuldades apontadas acima podem ser frutos desse nosso passado autoritário, em que éramos proibidos de nos organizarmos, de nos expressarmos e nem sabíamos se tínhamos direitos ou não.

Embora a legislação que define a criação e composição do CMS é clara ao nominar quais segmentos compõem as representações desses Conselheiros, isto não é suficiente para esclarecer-lhes seu papel. Este fato torna evidente que, para que a representação possa ser compreendida pelos representados e exercida, de maneira efetiva pelo representante não basta que isso esteja previsto em lei, é preciso também que os grupos a que se destinam esta representação tenham interesse na mesma.

Outro aspecto que com certeza interfere no entendimento da relevância da participação social nestes colegiados é com relação à compreensão de Direito que tanto os prestadores, quanto os usuários, bem como toda sociedade têm disso. Ou seja, é preciso tomar a participação

social nestes espaços como um Direito de Cidadania e não como uma concessão dos governantes. Estes fóruns foram conquistados graças ao empenho de muitos cidadãos, fato este já comentado neste estudo.

Com relação ao fato de estar havendo uma certa descrença quanto à possibilidade de intervenção na realidade, através da participação organizada, consideramos uma questão que merece uma análise mais aprofundada, inclusive para identificarmos até que ponto a forma como vêm sendo desenvolvidos os trabalhos, como vêm sendo debatidas as questões, não esteja contribuindo para isto. Temos claro, porém, que este colegiado é uma conquista importante, da democracia, mas concordamos também com a observação de CARVALHO (1997, p.97)⁽²¹⁾, segundo o qual, não podemos nos iludir e superestimar as possibilidades de que tudo vai ser decidido no nível dos Conselhos e que

“a partir do mero funcionamento regular dos Conselhos, do cumprimento de suas prerrogativas legais, o Estado ‘se corrigisse’ e passasse a funcionar segundo os interesses da maioria. Embora tal imagem possa favorecer o proselitismo participatório, atraindo segmentos sociais ansiosos por colocar suas demandas junto ao aparelho estatal, até então impermeável a elas, na verdade, ela se mostra insuficiente para dar sustentação ao funcionamento estável dos Conselhos. Diante da inefetividade desses órgãos em satisfazer as demandas finalísticas a eles submetidas, os representantes de segmentos podem reduzir suas expectativas, gerando seja o esvaziamento dos Conselhos, seja uma adaptação conformada a seus limites como arenas decisórias (burocratização)”.⁽²¹⁾

Assim, o funcionamento regular dos espaços de participação não garante a eficácia da participação. Para que isto ocorra é necessário que, além do cumprimento da lei, o colegiado tenha visibilidade na sociedade como um todo. Isto é, ultrapasse os limites da formalidade e da burocracia, publicizando suas deliberações, para além dos documentos oficiais e que seja para a sociedade organizada a referência para decidir

tudo sobre a saúde do município e não apenas cumprir as prerrogativas legais.

3. 3. 2. 3. Como e onde defendem seus projetos de interesses?

Alguns representantes de prestadores referiram que quiseram ser Conselheiros da Saúde para defenderem os interesses de suas respectivas categorias e instituições. No entanto, o conjunto que compõe seus segmentos não os procuram para isto; quando o fazem é para defender questões muito específicas, Vejamos as falas que apontam nesta direção.

“não existe uma prévia entre os hospitais que eu represento ... a gente chega a ligar para o pessoal mas não há interesse ... só há interesse quando há algum problema agudo, sério, aí o pessoal procura o representante, exige ... foi o caso dos laboratórios que tinham uns problemas aí com a municipalidade, de diminuição de atendimentos, então o pessoal nos procura nessa hora”(Ent.8;P).

Observamos que este entrevistado refere ser procurado somente para resolver questões pontuais como esta do seu representado que viu-se diante da possibilidade de ter diminuído o seu faturamento. Em que pese o interesse puramente mercadológico deste prestador, em outros tempos nem isto iria fazer, pois resolveria esta questão diretamente com o comprador de seus serviços.

Também o Ent.6;P, não tem percebido em seu segmento interesse em levar-lhe suas demandas, mesmo tratando-se da única categoria profissional que tem um representante exclusivo* no colegiado, como vemos na fala a seguir.

“a política de saúde passa pelo Conselho ... se a sociedade traz para o Conselho, problemas de

* Além deste representante, correspondente ao Inciso XI da Lei Municipal 5972/91, esta categoria conta ainda com outro representante no colegiado, juntamente com os demais profissionais de saúde de nível superior.

funcionamento dos serviços de saúde, os profissionais deviam trazer também, problemas de como funciona e porque não funciona de acordo ou do jeito que a sociedade quer ou precisa ... não se utilizam os canais próprios para fazer essa discussão ... não existe um canal direto, dos médicos irem ao Centro Médico levar para o seu representante, as reivindicações”(Ent.6;P).

Isto é relevante, pois demonstra que os projetos de interesse deste segmento não estão sendo colocados para discussão, como previsto, no espaço legítimo, criado pela legislação do SUS, que é o CMS.

Apesar de não procurarem este seu representante, este importante segmento de prestadores tem levado suas demandas por outras vias, como expressa a fala a seguir.

“Eu acho que ... eles estão trabalhando em outros canais de participação e muito mais em canais assim não de aglutinação ... da própria entidade deles ... então assuntos que foram levantados dentro do município de Ribeirão Preto, pelo Conselho Regional de Medicina, eram assuntos perfeitamente pertinentes de serem levados para dentro do Conselho Municipal, mas eles têm feito um trabalho em paralelo ... como eles estão desenvolvendo o trabalho deles ... eu acredito que eles fazem um caminho até muito corporativo ... para que a entidade deles que tenha o reconhecimento, que são eles que estão fazendo, então não fazem um trabalho de aglutinação”(Ent.1;P).

Esta atitude demonstra que este segmento, interessando-se em atuar apenas nos seus espaços exclusivos, discutem seus projetos de interesses sem que os demais segmentos, seja de prestadores, seja de usuários, possam conhecê-los. Com isso, além de não permitirem a publicização de suas demandas corporativas deixam de dar sua contribuição na discussão de outros temas que com certeza têm interfaces com suas demandas, pois, a assistência à saúde não é exclusividade de nenhuma categoria profissional, qualquer que seja, e em qualquer nível de

atendimento, seja nas unidades municipais, ou nos serviços contratados e conveniados.

É importante e necessário utilizar o espaço do Conselho para as demandas pontuais de cada segmento, mesmo que corporativas, pois é a única e legítima maneira de publicizar os projetos de interesse individual e assim abrir o debate, o confronto e a discussão que permitirão que todos os Conselheiros, que têm a responsabilidade constitucional de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento da assistência à saúde em cada município possam fazê-lo com conhecimento de causa. E isto só é possível no âmbito do Conselho, cuja composição integra todos os setores interessados, seja na prestação da assistência à saúde, seja no consumo desta assistência.

Porém, isto tudo não quer dizer que estes segmentos não estão interessados na condução da política municipal de saúde, no que tange aos seus projetos de interesse; conforme demonstram as falas comentadas, estão interessados, e muito, pois levam suas reivindicações, seus projetos, corporativamente, ou seja, não o fazem via CMS.

CORTES (1998)⁽²⁹⁾, discute a questão do afastamento das entidades médicas do processo de discussão da implantação da Reforma Sanitária, como um protesto por terem tido limitadas as suas vagas em fóruns como os Conselhos Municipais, mais precisamente em comissões de coordenação, fiscalização, plenárias. Este não é o caso do CMS de Ribeirão Preto, pois, como assinalamos há pouco, esta categoria é a única com dois representantes no colegiado.

Outra questão abordada por CORTES (1998, p.13)⁽²⁹⁾, é o fato de que estas entidades provavelmente permanecem

“exercendo sua influência sobre a formulação e implementação de políticas através de canais privilegiados ... mesmo que eles não afetem diretamente o grau de participação dos usuários nesses fóruns, eles estariam influenciando a formação de suas agendas de discussão e contribuindo para limitar o papel decisório desses fóruns dentro do setor saúde”.⁽²⁹⁾

Como sinalizaram os Conselheiros Ent.1;P e Ent.6;P, isto pode estar ocorrendo no CMS de Ribeirão Preto.

A tendência de atitudes corporativas por parte da categoria médica já foi apontada por CAMPOS (1988)⁽¹⁶⁾ em um importante estudo sobre as diferentes correntes existentes no movimento médico, no período de 1970 a 1984, onde buscou identificar a prática política dessa categoria. Neste estudo, o autor define o corporativismo médico como sendo *“uma característica dos que pensam a política de saúde e mesmo a organização social e econômica do país enfocando centralmente os interesses de corpo da profissão médica”*. Concluiu que *“o corporativismo pode ser considerado como um denominador comum de todas as correntes”*⁽¹⁶⁾, e que provavelmente continuaria predominando na definição de atuação da categoria.

No caso do Ent.7;P, não leva e nem acha que deva levar as demandas do seu segmento ao colegiado, nem mesmo da sua instituição, como vemos na fala a seguir.

“não há nenhuma comunicação entre as instituições, nem mesmo com o membro efetivo ... nunca houve desde o começo do ano ... até porque eu acho que dentro das nossas instituições privadas de ensino da área da saúde, não sei se caberia muitas reivindicações dentro de um governo municipal sabe ... eu acho importante a participação, a discussão, mas reivindicações que poderiam ser atendidas, eu acho que são muito poucas ... então eu acho que seria mais uma parceria mesmo e não reivindicações ... eu acho que é mais uma questão de parceria mesmo e aí eu acho que seria instituição a instituição; eu acho que não teria como eu representar, por exemplo, interesses de outra instituição privada que não a minha e volto a dizer que este tipo de negociação seria mesmo em parceria individual, seria escola e governo; acho que para levar coisas deste tipo no Conselho eu acho que, além de expor uma situação que não interessa aos demais membros, não traria nenhum benefício”(Ent.7;P).

Observamos que este entrevistado não vê o Conselho enquanto espaço legítimo para serem levados os projetos de interesse de sua instituição, bem como das demais instituições que integram o segmento por ele representado, pois não pretende que sejam publicizados. Desta maneira impede que possíveis conflitos venham à tona, não permite o confronto de interesses que poderia ocorrer. Este Conselheiro, que também está assumindo uma atitude corporativista, como outros prestadores, sinaliza um desconhecimento (ou talvez não), sobre a finalidade dos espaços de participação e de decisão do SUS. É aqui que os projetos de interesse de cada segmento representado devem ser colocados, debatidos, confrontados e equacionados, levando em consideração, principalmente as necessidades e os interesses do município e não apenas daquela instituição em particular ou daquele segmento ou corporação.

Agindo assim, este Conselheiro está apenas “protegendo” os interesses de seus representados, e de maneira privilegiada, enquanto membro do Conselho, obtendo as informações que lhes interessa.

Posição totalmente oposta assume este outro Conselheiro, expressando-se preocupado em não utilizar a condição de membro do colegiado em benefício próprio, como vemos na fala a seguir.

“se a gente for trabalhar pensando melhorar a nossa situação, que tem assim muito mais facilidade de estar entrando dentro de uma unidade, conversar com o médico, com o gerente, tem o passe livre, eu acho que não ... está tudo errado ... a gente tem que estar trabalhando junto com o gerente, com os funcionários em favor de uma comunidade, eu acho que é por aí ... sabe eu acho que é por aí ... seria assim eu estar precisando de um médico, ir lá e pedir: Dr. olha, eu preciso de uma consulta agora ... passar na frente de todo mundo, eu não vou respeitar quem está marcado, quem não está ... eu vou lá, falo Dr. eu preciso de uma consulta agora, eu tenho um parente meu, que precisa consultar agora ... e a nossa função dentro do Conselho é não ter privilégios ou estar trabalhando em benefício próprio ... eu acho”(Ent.5;U).

Verificamos na fala deste entrevistado uma clara consciência da responsabilidade que, como sujeito político e membro do colegiado, tem perante sua comunidade. Esta é uma qualidade que precisam ter todos aqueles que direta ou indiretamente têm acesso a espaços e serviços públicos, de maneira privilegiada, como devem ter todos os Conselheiros da Saúde, para que não se repita o que já vivemos em tempos passados, porém recentes, em que nem tudo que era público era para servir o público, e que infelizmente ainda vemos acontecer.

Concluindo este Núcleo temático, verificamos que enquanto o segmento dos usuários têm no espaço do CMS a referência para discutir tudo que diz respeito à sua assistência à saúde, o mesmo não ocorre com o segmento dos prestadores, os quais, ou prescindem do colegiado para encaminharem suas demandas ou o procuram apenas quando têm algum interesse direto no que pode vir a ser decidido.

Além dos motivos que já apontamos para as atitudes corporativistas aqui identificadas, acreditamos que isto ocorre também porque, no espaço do colegiado, todos, prestadores (públicos, privados e trabalhadores) e usuários, têm o mesmo poder, tanto para expressarem suas opiniões, quanto no momento de decidirem o seu voto; ou seja, os instrumentos de pressão são os mesmos para todos. Ao passo que, ao procurarem outros canais, não terão que disputar o espaço, nem dividir o poder com outras categorias e muito menos com os usuários.

3. 3. 3. Exercendo as atribuições

Retomando o que consideramos como campo de atuação dos Conselhos de Saúde, no início desta Unidade Temática, passamos agora a identificar e analisar os limites e dificuldades que os Conselheiros da Saúde, deste município, estão encontrando para exercerem esta importante

função; bem como identificar os avanços que tenham sido sinalizados pelos entrevistados.

Alguns aspectos que serão discutidos neste núcleo temático, já estiveram presentes em outros momentos desta análise e serão retomados aqui, para que possamos identificar o quanto interferem no cumprimento das atribuições dos Conselheiros.

O primeiro que retomamos é a questão do corporativismo de alguns segmentos, presentes nas falas a seguir.

“só o momento em que tem uma situação muito pontual, que envolve a categoria deles que eles lembram do Conselho Municipal ... agora, para trabalhar as questões das políticas de saúde do município, as questões abrangentes, aí então eles não têm esse compromisso de estar participando das discussões ... então acho que tem um momento que é bem corporativo ... de outras entidades”(Ent.1;P).

“você só consegue trazer para participação as pessoas quando você tem alguma coisa muito polêmica, ou quando tem uma decisão que interfere muito diretamente na vida de todo mundo”(Ent.16;P).

Observamos na fala do Ent.1;P, que os segmentos representados não têm interesse em contribuir com a discussão de temas de abrangência coletiva; apenas se interessam pelos seus projetos corporativos. Também o Ent.16;P expressa que seu segmento só se interessa em participar de discussões quando a decisão pode vir a interferir diretamente em suas vidas. Ambos os segmentos não participam de momentos importantes do exercício do Controle Social, que são as discussões das políticas de saúde, os quais extrapolam os interesses de cada segmento, mas que são fundamentais para a construção de um projeto político para a saúde municipal, o qual diz respeito a todos os segmentos presentes no colegiado. Verificamos que estes Conselheiros, ambos representantes de prestadores sinalizaram anteriormente,

acreditarem na possibilidade de se construir projetos coletivos para a saúde, a partir da participação da sociedade organizada nos colegiados do SUS; porém, estão tendo no corporativismo, um limite importante, até mesmo para que sejam propostos e discutidos estes projetos.

Também o Ent.2;U, considera este um limite para a ação do colegiado, como vemos na fala a seguir.

“falta de articulação da sociedade civil ... aqui na nossa cidade ela é muito ruim; fica cada um no seu cantinho, principalmente as questões dos sindicatos, são sumamente corporativistas, inclusive dentro dos serviços, na participação das Comissões Locais ou na participação do Conselho ... e aí a gente caminhou muito pouco”(Ent.2;U).

Vimos que entre as atribuições dos Conselhos de Saúde, está a articulação com a sociedade. Neste sentido, a fala deste entrevistado chama a atenção para o problema do corporativismo, por parte destes segmentos, em que estes atuam isoladamente e não coletivamente, não só em relação à participação no CMS, mas também em outras instâncias, como nas Comissões Locais, impedindo que esta articulação se dê. Esta é mais uma razão para que o colegiado busque formas de superar tais limites, até porque estes existem, são concretos, dificultam, precisam ser considerados, mas não deviam coibir a ação dos demais segmentos presentes no colegiado.

Por outro lado, o representante do segmento de trabalhadores da saúde, de nível médio, expressa que quando os problemas relacionados às condições de trabalho de sua categoria, são trazidos para discussão no colegiado, também são entendidos como de interesses corporativos, tanto pela administração quanto pelos representantes dos usuários:

“eu vou falar, por exemplo na questão nossa, dos trabalhadores dos serviços públicos, dos serviços de saúde ... então estão sempre criticando, criticando a gente, parece que a gente nunca faz coisa boa ... sabe ... só critica, não vem saber porque que o funcionário às vezes briga lá; briga ou atende mal o cliente, de vez em quando ... sabe ...

vai lá e numa hora dá uma resposta atravessada, ou até atende mal ... a gente sabe que tem mau funcionário mesmo, mas tem alguns que é num momento ... vai lá e peca; então é só crítica ... nunca vem no local ver o porque, o que que está acontecendo, se é falta de funcionários e aí, quando toca nessa questão, a gente vai falar, eu já fico super constrangida porque, porque o que que nós somos ... nós somos corporativistas”(Ent.14;P).

Retomando o que dissemos há pouco, trazer para discussão no colegiado, questões relativas às condições de trabalho desta ou das outras categorias é, sem dúvida, necessário, da mesma maneira que é importante que o cotidiano dos serviços de saúde também seja trazido. Isto porque, conforme apontamos em nosso referencial teórico, o motivo que leva os usuários aos serviços de saúde é a necessidade de ter sua saúde recuperada. No entanto, nem sempre isto é plenamente possível de ser concretizado nos limites destes serviços, tanto em decorrência de como os serviços estão organizados, o que faz com que nem sempre o local procurado pelo usuário está apto a encaminhar a solução do problema trazido, quanto por questões que extrapolam o setor, mas que afetam a saúde, como as próprias condições em que sobrevivem muitos dos que procuram os serviços públicos de saúde.

Neste sentido, tratar as questões de condições de trabalho apenas como de interesse corporativo de determinada categoria profissional, pode impedir que o próprio Conselho possa, a partir de ampla discussão, com ambos os segmentos envolvidos, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, visualizar estratégias a serem implementadas na busca de soluções concretas. Minimizar o problema, rotulando-o de corporativismo, evita o confronto, e, com certeza não é a melhor estratégia para solucionar tais conflitos, os quais são inerentes às relações estabelecidas no cotidiano destes sujeitos sociais.

Outro limite apontado é em relação às prestações de contas, mais precisamente, ao controle e à fiscalização da utilização dos recursos

do Fundo Municipal de Saúde, cujas planilhas contendo as informações de quanto foi gasto, mensalmente, para pagamento do pessoal, dos serviços contratados e conveniados e para manutenção dos serviços municipais de saúde, são enviadas ao CMS para sua análise e aprovação. Esta questão, já trazida e discutida anteriormente, pode parecer uma limitação apenas técnica, mas, na verdade é uma limitação também política, pois, mesmo que se consiga, dotar os Conselheiros de informações que lhes permita exercer esta atribuição, de maneira competente, tecnicamente, há que se buscar formas de atuar de maneira também competente, na discussão política, acerca da definição de prioridades para o investimento na saúde, o qual reflete o compromisso de cada Administração, quer seja, municipal, estadual ou federal.

Um outro momento em que os Conselheiros apontam limites no exercício de suas funções é em relação à participação no planejamento e nas definições sobre as políticas de saúde, em que sentem-se como se estivessem apenas cumprindo uma formalidade, como expressam as falas a seguir.

“falta alguma coisa ainda; porque, pelo que prevê as leis que criaram o CMS, ainda falta alguma coisa que não está de acordo com a nossa visão ... hoje, a gente não tem um acesso, por exemplo, à questão do planejamento das ações de saúde, a gente sempre recebe a coisa já mais ou menos pronta, já mais ou menos encaminhada, já projetada, a gente só vai analisar, discutir, o que já está mais ou menos decidido e a nossa participação aí, eu entendo que fica um pouco prejudicada, porque nós gostaríamos de estar participando desde a discussão do planejamento, desde que as idéias começam a chegar e a partir daí a gente começa já a deliberar, ... elaborar junto ... projetar junto, enfim, seria uma autêntica participação ... a gente estaria autenticamente deliberando essas questões da política da saúde”(Ent.3;U).

Esta questão é relevante, pois, embora planejar seja uma das funções técnicas da equipe da Divisão de Planejamento da SMS, decidir o que planejar é uma função política e deveria ser realizada também pelo

colegiado. Assim, estariam, de fato, apontando as diretrizes da política municipal de saúde. Como isto não ocorre, este Conselheiro demonstra sua insatisfação sobre como os assuntos são trazidos para o Conselho, pois quase sempre *“já está mais ou menos decidido”* o que, na sua opinião impede que os usuários dêem sua contribuição, possam participar efetivamente de todo processo de tomada de decisão, exercendo verdadeiramente sua cidadania.

Acreditamos que, embora estes aspectos apontados possam realmente prejudicar o processo da participação, não devem, contudo, impedir que os segmentos presentes no colegiado busquem alternativas para tornar o processo de tomada de decisão mais participativo e menos formal e burocratizado.

Caminho semelhante têm seguido a implantação dos Programas de Saúde existentes. Com exceção do Programa de Controle do D. Mellitus, discutido anteriormente, todos os demais foram apresentados ao Conselho apenas para sua aprovação. Em nenhum momento foi aberta a possibilidade de membros do Conselho participarem da elaboração dos mesmos.

Embora a elaboração de um Programa de Saúde, exija conhecimentos técnicos específicos, nada impediria que um colegiado como o CMS participasse do processo de elaboração dos mesmos, através da formação de Comissões Técnicas e de Assessoramento, previstas, inclusive, na Lei 5.972/91⁽⁶⁴⁾, op.c., em seus artigos 10º e 11º. Esta prática, da Secretaria Municipal de Saúde, de enviar ao Conselho, estudos já concluídos, foi apontada por vários Conselheiros, dos quais destacamos as seguintes falas.

“o CMS decide a política de saúde que é levada no município ... os Programas de Saúde ... pode estar pedindo apresentação, avaliação de qualquer setor ... têm sido tratados, nessa gestão, melhor e mais que nas outras, porém, a dinâmica da secretaria, dos serviços e também da população e dos

representantes do Conselho não permitiram ainda que fosse bom como deveria ser”(Ent.2;U).

“uma das questões que eu acho que acaba sendo muito formal também é essa ... da última reunião que o Dr. ... colocou toda a situação da saúde da mulher eu achei super legal, achei um avanço para Ribeirão aquilo ... mas para você ver, um assunto que era importante, aparece como comunicações, sem dar chance para que as pessoas, os representantes que estão no Conselho possam entender o significado daquilo, entender o que que isso, no caso do usuário, o que que isso muda na vida dele, quando ele procura o serviço, se beneficia ou não ... ou, para quem é profissional, ou de uma Instituição, ou representando uma Instituição ou de uma entidade profissional, ou da faculdade, ou qualquer representação, possa inclusive ter chance de discutir o que é aquela diretriz, que é uma diretriz operacional, que não é só operacional, porque ela também é uma diretriz política da assistência da saúde à mulher no município, possa ser colocada em debate ... então quando vem, vem assim: ‘olha, já estamos discutindo há muito tempo, isso está conformado dessa maneira, amanhã vamos ter uma reunião para fechar, faltam só pequenos detalhes e tal’ ... pode ser de outro jeito? ... não sei também ... eu entendo que o Conselho ele tem que trabalhar na direção de criar também diretrizes políticas para a saúde no município ... isso não quer dizer que uma instância técnica da secretaria não traga já alguma coisa mais articulada, mais pronta para ser discutida no Conselho ... essa instância técnica pode até preparar todo material, que eu acho é o seu papel, só que a hora que isso chega para o Conselho ele tem que ser colocado para discussão e tem que ser colocado de uma forma clara que as pessoas possam, inclusive, de alguma maneira tendo até a possibilidade de falar besteira, de perguntar babaquice, de perguntar coisa séria, mas de coisas que fazem parte da vida dela ... porque senão a gente faz do Conselho uma instância de faz de conta, que eu acho que é o grande risco que a gente corre”(Ent.16;P).

“nós temos a questão do Programa de Saúde da Família, vai implantar ou não vai implantar em Ribeirão, certo? ... eu acho que a gente podia já começar a fazer essa discussão, até para a população, até para nós profissionais de saúde, quando tiver na pauta da agenda ... a gente

geralmente vem com aquela questão sufocada de prazo, porque daí não vai depender do Secretário poder adiar ou não, você tem que entrar com aquilo, porque aí o Ministério exige, não sei qual órgão lá no Ministério exige o prazo, então acho que são coisas que ... eu acho que todos os assuntos que devem ser discutidos no Conselho, está sendo feito dessa forma, pelo menos neste ... que eu estou participando”(Ent.1;P).

“eu acho que as questões chegam no Conselho já decididas ... tem alguns momentos que eu acho que a forma como se encaminha a votação ... como levam as questões para serem votadas ... já tem uma fala antes que encaminha que é para ser votado daquele jeito ... algumas pessoas lá dentro precisam que seja daquela forma por algumas razões, que talvez não sejam nem políticas, talvez por outras, mas precisa que seja votado daquela outra forma, naquele tempo, daquele jeito ... chega tudo pronto ... quando chega lá para votar, ele já até sabe qual vai ser a votação, como vai se dar”(Ent.14;P).

Retomando o que dissemos há pouco, com relação à não participação do colegiado em decidir o que planejar, o mesmo se aplica aos Programas que têm sido implantados pela SMS. Ou seja, não participando da definição do que planejar, não são consultados sobre que atividades e ou programas, são importantes para o município. Com isso, as grandes questões como: Programas de Saúde para segmentos da população ou para determinados agravos à saúde; planejamento orçamentário, planos municipais de saúde, financiamento (prestação de contas) já vêm prontos. O CMS só os legitima, não há como discuti-los.

Ao analisarmos os motivos das dificuldades, apontados pelos dois segmentos, vemos que ambos desejariam ter a oportunidade de, tendo acesso às informações necessárias, poder participar mais efetivamente, desde o momento que vai ser definida uma prioridade, e não apenas depois que a equipe técnica da Secretaria já fez tudo e chega ao Conselho para dar esclarecimentos; é claro que vai tentar convencê-los de que o que estão propondo é o melhor, é o que pode ser feito e acaba sendo sempre

assim. Como reconhecem os próprios Conselheiros, nada impede que a equipe técnica da Secretaria elabore os estudos, faça as propostas e encaminhe ao Conselho; o problema todo existe porque não está havendo nenhuma articulação, nenhum entrosamento, da equipe técnica da SMS com o Conselho. Os contatos têm sido feitos apenas quando os estudos já foram concluídos, o tempo já está expirando e nada pode ser feito, a não ser concordar com o proposto, legitimar o processo e aprovar.

Consideramos pertinente trazer para análise neste núcleo temático, também as falas que refletem aspectos positivos, com relação ao funcionamento do colegiado, como as que apresentamos a seguir.

“acho que a gente tem que relativizar como ele está funcionando, em função do tempo também, porque dez anos na saúde é ainda um tempo pequeno ... para uma população mesmo de trabalhadores e de usuários que não tem uma história de participação, ela ainda tem muitos ranços do regime anterior, do regime da ditadura”(Ent.1;P).

“o Conselho de Saúde ... tem tido o respaldo, o retorno e tem tido uma participação razoável tanto por parte da população, quanto dos prestadores de serviço, quanto dos órgãos públicos ... os direitos estão consolidados nas cartas ... agora cabe a nós fazer que isso se transforme numa realidade”(Ent.3;U).

“tenho também ido com a FABARP em CLS, em outras Unidades Básicas, e a gente vê realmente que não está assim ... um caminho, está meio assim, meio devagar, mas eu acho que com um pouquinho de persistência, um pouquinho de paciência, acho que o Conselho tem muito a ganhar e a população também ... eu acho que é por aí”(Ent.5;U).

Porém, como estamos em um processo, em muitos momentos, este mesmo Ent.3;U considera que nem sempre a população é ouvida, como expressa na fala a seguir.

“a população fala, fala, ela grita, ela reclama, ela cobra, ela pressiona ... nós temos as instâncias que são os Conselhos, onde a gente também está

sempre questionando, sempre levantando ... mas eu acho que o que está difícil é a recepção ... a recepção do clamor da população é que não está sendo bem assimilado, bem acatado”(Ent.3;U).

“então essa participação na gestão e que na saúde tem sido mais forte e tem sido a pioneira através do SUS, elas são muito importantes, para todos, para os que usam o serviço e para os que trabalham nele e nós não conseguiremos jamais uma situação de dignidade do serviço público enquanto esses dois pontos não se articularem adequadamente ... nenhum deles é o dono completo da situação ... enquanto não houver respeito, articulação, vamos dizer, coincidência de objetivos nós não vamos conseguir seguir em frente mesmo que haja legislações ótimas ... se não houver uma prática democrática de participação”(Ent.2;U).

Principalmente esta última fala nos mostra que este espaço é importante pois permite a articulação do usuário com o trabalhador da saúde, propiciando o entendimento, revelando uma das potencialidades contidas nestes fóruns. Da mesma maneira a fala do Ent.5;U, destacada acima, revela que, apesar das dificuldades, do ritmo lento, este é o caminho. Além disso, como expressa o Ent.16;P, o processo participativo não é garantido só pela legislação e pelos canais formais, como demonstra a fala a seguir

“tem uma coisa que eu tenho pensado a respeito, que é o seguinte: o fato de você ter canais formais, em instâncias formalmente colocadas dentro de uma certa lógica que a gente tem funcionado, não garante absolutamente nada; porque é nas relações pequenas que a gente mantém quotidianamente que essa coisa vai fluir, ela se dá”(Ent.16;P).

A observação deste Conselheiro é pertinente e muito verdadeira. Porém, acreditamos que embora os canais formais, por si só não concretizem o direito à saúde, eles são necessários. Como já disse o Ent.2;U, é preciso que cada um saia do seu cantinho e realmente publicize

seus projetos de interesse nos espaços legítimos de participação e de decisão do SUS.

Desta maneira, estariam exercendo a cidadania e contribuindo para transformar esses canais formais, criados por lei, em arenas de disputa e concertação dos interesses dos grupos, como apontamos em nosso pressuposto.

Concluindo a análise deste Núcleo temático, verificamos que as dificuldades apontadas, sinalizam que os Conselheiros entrevistados não querem participar apenas para cumprir uma formalidade, mas sim, para darem sua contribuição, bem como do seu segmento, para a consolidação dos canais de participação do SUS, e ter elementos concretos para dar visibilidade ao colegiado. Demonstram ainda, o desejo de que o CMS venha a constituir-se na arena de disputa e concertação dos diferentes projetos de interesse, conforme aponta CORTES (1998, p.14)⁽²⁹⁾, quando diz que

“A consolidação dos Conselhos Municipais de Saúde, como arena para a qual foram canalizadas as demandas dos movimentos popular e sindical, teve sucesso onde formou-se uma policy community (grifo do autor) composta por uma elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde em aliança com lideranças dos movimentos popular e sindical”.*⁽²⁹⁾

Pois, pelos conteúdos de várias entrevistas aqui comentadas, parece que este ainda não é o caso de Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

* “Policy community” é entendida como uma comunidade orgânica de atores políticos organizados em torno de um projeto comum de política social (JORDAN & RICHARDSON, 1982:23) apud CORTES (1998)⁽²⁹⁾.

Concluindo esta Unidade Temática podemos dizer que os limites identificados são, tanto técnicos, quanto políticos. Os limites técnicos estão expressados na forma como os Conselheiros avaliam sua atuação, com relação à análise das prestações de contas, principalmente. Os limites políticos podem ser apontados como: o corporativismo de alguns segmentos presentes no colegiado; a não participação no planejamento e na definição das políticas de saúde e, principalmente, a pouca articulação dos membros do Conselho entre si, o que impede a busca de uma autonomia política, que poderia, inclusive, levá-los a realmente incidir na institucionalidade constituída, em busca da cidadania plena.

Retomando o que apontamos em nosso referencial teórico de que os Conselhos de Saúde devem ser institucionalizados e “*constituir uma regularidade no fluxo decisório da instituição*” (SPOSATI & LOBO, 1992)⁽⁷¹⁾, ou seja, interferir de fato, na definição e gestão das políticas e ações de saúde, consideramos que o CMS de Ribeirão Preto conseguiu ser institucionalizado. Porém, concordamos com os autores citados acima, quando dizem que

“Os momentos de reunião dos conselhos não podem ser simples conversas que não penetram a instituição. É necessário ter claro o canal, ou canais, pelo qual ocorre a interferência na dinâmica da instituição, seja um hospital, uma unidade básica, uma diretoria, uma empresa, etc.”(p.375).

Retomando também, os campos de ação dos Conselhos, apontados por CARVALHO (1995)⁽²⁰⁾, podemos dizer que o CMS de Ribeirão Preto está conseguindo desempenhar suas atribuições, inclusive, analisando criticamente seu próprio desempenho, o que por si só, constitui uma potencialidade a ser explorada e desenvolvida.

3. 4. O Direito à Saúde: identificando uma concepção

Como não poderia deixar de ser, a questão do Direito à Saúde perpassa a todo momento o nosso objeto de estudo. Porém, como um dos objetivos deste estudo consiste em identificar a concepção que os membros do CMS têm sobre o Direito à Saúde, e como também apontamos em nosso referencial teórico que a qualidade dos serviços oferecidos para a concretização desse Direito, no âmbito do SUS, além de outros determinantes, depende também de como são definidas, implementadas e sobretudo, executadas as políticas afins, trazemos a seguir como se conforma este Direito na opinião dos Gestores e dos Conselheiros.

3. 4. 1. O que pensam os Gestores

Os gestores responderam à colocação, falando como o SUS vem sendo implementado e, conseqüentemente, como este Direito deveria ou poderia ser garantido.

Para o Ent.10;G, enquanto a Constituição brasileira prevê o Direito igualitário à Saúde, que era o desejo dos que militavam no Movimento Sanitário e que constou do Relatório Final da 8ª CNS, o mesmo não está sendo garantido na implementação do SUS, conforme expressa na fala a seguir.

“Então, nós temos uma ideologia do Direito igualitário e essa ideologia do Direito igualitário está associada com uma concepção de sociedade e de concepção de mundo e essa nossa ideologia foi derrotada; foi derrotada e ficou escrito na Constituição o Direito igualitário à Saúde, numa sociedade que não valoriza e que não procura isso. Então, o que eu vejo hoje em dia é que se caminha para um Direito desigual à Saúde, em que criam-se espaços para que aquele que tenha mais recursos acabe consumindo serviços de maior qualidade, de

maior tecnologia, em detrimento de quem tem menos e vai ficar com o mínimo; quer dizer, este não era o modelo social que a gente queríamos e não era o modelo de saúde que nós queríamos, mas a passos largos a saúde no Brasil caminha para isso e o SUS está sendo condicionado e adaptado a isso”(Ent.10;G).

Este entrevistado, a partir de uma concepção de sociedade igualitária expressa que o modelo econômico-social do Brasil não está permitindo o Direito igualitário à Saúde, pois condiciona o acesso ao consumo de serviços de saúde de melhor qualidade, ao poder de compra de cada cidadão, caracterizando assim a “*cidadania regulada*”, Santos, apud TEIXEIRA(1995)⁽⁷⁴⁾.

O Ent.11;G, define o Direito à Saúde, a partir de uma visão bastante ampla, relacionando-o inclusive, com a felicidade, como vemos na fala a seguir.

“Saúde é efetivamente, como consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Constituição Brasileira, nas leis orgânicas da saúde e na VIII Conferência Nacional de Saúde, “um direito do cidadão e um dever do Estado” - aliás, saúde é um bem inalienável da pessoa humana, e o mais relacionado com a felicidade. Exercer a cidadania é gozar de todos os direitos de cidadão frente à sociedade e ao Estado, cumprindo também com os deveres para com a comunidade e a Nação. Resumindo, os direitos do cidadão dizem respeito à boa qualidade de vida, que inclui saúde, educação, moradia salubre, trabalho digno e lazer adequado. Entre seus deveres está a participação, a obediência às leis, o controle social, o desempenho ético de seus trabalhos, a atenção à família, o respeito à urbanidade e o repúdio a toda e qualquer forma de preconceito ou discriminação”(Ent.11;G).

Este gestor, expressa também que ter direitos e desfrutá-los implica em ter também deveres. Além disso, traz o Direito à Saúde, como um Direito Social, definindo-o como resultado de determinadas condições de vida.

No caso do Ent.15;G, este expressa que Direito à Saúde todos têm, constitucionalmente, mas nem sempre os recursos disponíveis são suficientes para garantir o acesso, conforme vemos na fala a seguir.

“Outra coisa que eu acho é que dentro do sistema, sempre teve muita discussão no sentido de que tem falta de recursos e no entanto você atende outras pessoas, no qual fica mais sobrecarregado. Na realidade, o sistema não prevê que você faça triagem sócio-econômica. Quer dizer, então, uma triagem econômica iria beneficiar a andar um pouquinho mais depressa e beneficiar o mais pobre. Mas isso fica uma situação muito difícil de você fazer. Então, o certo é você ter todo direito para todo mundo, como tem na constituição. É um direito do cidadão e dever do estado. Então tem que se procurar fazer para todo mundo” (Ent.15;G).

A forma que este gestor sugere para “*beneficiar o mais pobre*”, expressa uma concepção de Direito à Saúde totalmente contrária ao que foi definido constitucionalmente. Isto é, teoricamente, não é permitida a seleção de quem vai ou não ser atendido pelo SUS.

Outro aspecto apontado por este entrevistado é de que o mau uso de determinados recursos, impede que todos possam ter acesso aos direitos conquistados constitucionalmente, principalmente quanto ao consumo de alguns serviços. Além da racionalização da oferta, através de um sistema hierarquizado por nível de complexidade dos procedimentos, sinaliza a necessidade de ser respeitado o direito do outro, conforme expressa na fala a seguir.

“Aí o usuário tendo isso, ele vai aprender também a não abusar do sistema; ele vai aprender que não deve estar chamando a ambulância à toa, porque ele está prejudicando um outro que está mais grave do que ele; e às vezes amanhã pode acontecer ao contrário, ele estar numa situação grave e um outro que não tinha importância chamou na frente dele. Quer dizer, então ele vai aprendendo como usar o sistema ... A outra é a filosofia, que às vezes a pessoa pensa que porque você está dando de graça o atendimento, o especialista tem que estar

atrás da porta já para atender o seu caso”(Ent.15;G).

Para este entrevistado, o espaço do colegiado deveria proporcionar esclarecimentos aos usuários do SUS, afim de corrigir o mau uso de determinados recursos, o que resultaria numa racionalização, que por sua vez ampliaria a possibilidade de acesso para todos.

Já o Ent.17;G, aponta que a concretização do Direito à Saúde, no nível da assistência passa pela compreensão que a equipe de saúde, responsável por esta assistência deve ter, de que ela é realmente a responsável pelo usuário que procura o serviço, ou seja, é preciso mostrar-se interessada pelo problema trazido por ele, conforme podemos ver na fala a seguir.

“isso implica até numa mudança muito grande da mentalidade do profissional, da maneira de atuar, da equipe atuar, de entender que as pessoas procuram auxílio de equipe de saúde, não por causa de um diagnóstico, mas por causa de um problema que a pessoa tem, que até às vezes a gente pode achar que não é problema nenhum, mas para uma pessoa, para o cliente é um problema. Então isso é uma coisa que tem que valer também”(Ent.17;G).

Está presente na concepção do Direito à Saúde deste entrevistado, a questão do vínculo, do acolhimento, das relações de confiança entre prestador e usuário, que são necessárias para materializar o acesso ao Direito à Saúde.

Observamos também na fala deste gestor, uma preocupação com a forma como estão organizados e são desenvolvidos os serviços de saúde, atualmente, sinalizando a importância que existe nas relações que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde, e que também já foi alvo de estudo de outros pesquisadores, dentre os quais MERHY (1997, p.2)⁽⁵¹⁾. Segundo ele, o usuário reclama

“não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de

responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”.⁽⁵¹⁾

Resumindo o que pensam os gestores, quanto ao Direito à Saúde, podemos dizer que estão presentes concepções amplas, que vão desde a compreensão da Saúde como parte de uma visão de sociedade, de qualidade de vida, de cidadania regulada, até as questões do cotidiano, que envolvem a equipe numa tarefa de acolhimento ao usuário, que busca concretizar o seu Direito à Saúde, buscando assistência.

Identificamos neste grupo, tanto a visão do Direito à Saúde, enquanto um Direito Social, o qual ultrapassa a questão da oferta/acesso de serviços de saúde, quanto a visão assistencialista, que entende o Direito à Saúde como a obrigação do Estado de garantir o acesso, sendo esta última, a visão predominante.

3. 4. 2. O que pensam os representantes dos Prestadores

O Ent.01;P, também aponta que o Direito à Saúde não pode estar condicionado ao poder aquisitivo, como vemos na fala a seguir.

“O Direito à Saúde eu entendo como uma ... situação inerente ... um atributo inerente ao ser humano; então ele tem direito à saúde ... a saúde não pode ser colocada como uma mercadoria, que está ali para uns terem com mais ... aqueles que têm um poder aquisitivo melhor ter mais condição e o outro não, ou, tem mais saúde aquele que pode comprar melhor, então é um atributo inerente ao ser humano”(Ent.01;P).

Já o Ent.06;P, considera que ter Direito à Saúde não é ter apenas acesso à assistência médica; diz também que através da participação, este Direito pode tornar-se mais abrangente, como por

exemplo, ter acesso a medidas de prevenção de doenças, conforme expressa a fala a seguir.

“toda essa participação da sociedade ... tenderia levar a uma ampliação do seu direito de cidadão, de exigir; aí sim, ele vai reivindicar as condições de saúde ... porque saúde não é ter um médico lá no posto prá dar aspirina, prá dar antibiótico, não. Ela é antes, ela é preventiva ... ou seja, então saúde eu to implicando no que, no saneamento básico, esgoto, água encanada, tratamento”(Ent.06;P).

Para este entrevistado, a participação levaria a uma conscientização, não só do Direito à Saúde, enquanto assistência médica e consumo de medicamentos, mas sinaliza também que para concretizar o Direito à Saúde, são necessárias outras ações cuja realização não está ligada diretamente ao setor saúde, mas principalmente a outros setores da administração pública.

Nesta mesma direção aponta este outro entrevistado, destacando o aspecto da intersetorialidade que envolve o Direito à Saúde, como vemos na fala a seguir.

“não dá para se falar em saúde sem a gente associar a meio-ambiente, à educação; então, esse é um exemplo de que essa questão de participação ... da integração com as autoridades de saúde, os órgãos de saúde, com a população, com as regiões, é fundamental para a gente obter êxito ... como é que a gente ia chegar na casa de um morador e dizer para ele: olha, não pode ter o vaso de planta em cima da geladeira, se a gente sai na rua e tem o esgoto correndo no meio fio; quer dizer, então não dá; então a saúde, o meio ambiente, a educação, esses são exemplos, eles têm que caminhar juntos, e se puder aumentar ainda esse número de participantes, aí de personagens, melhor ainda”(Ent.12;P).

Além da intersetorialidade no momento da operacionalização das ações, este entrevistado sinaliza a importância deste aspecto no momento em que são definidas as estratégias de intervenção na realidade para viabilizar o Direito à Saúde.

O Ent.07;P, considera que neste município o Direito à Saúde está garantido, e associa isto à rede física municipal instalada, conforme expressa a fala a seguir.

“direito à saúde, todo mundo escreve isso; hoje em Ribeirão Preto, eu acredito que melhorou muito sim, eu acho que o cidadão ribeirão pretano ele, além de estar escrito que ele tem direito à saúde, pode não ser perfeito, mas eu acho que é muito bom, cabe ressaltar isso, eu acho que nós tivemos aí um progresso de muitos anos ... acho que o atendimento municipal, da rede municipal melhorou muito, poderia estar muito melhor, mas está muito bom, muito bom; eu acho que tem; se procurar, acha atendimento, basta que procure”(Ent.07;P).

Para este entrevistado, o fato de Ribeirão Preto possuir um determinado número de Unidades de Saúde é condição suficiente para garantir o acesso, reconhecendo, inclusive, que melhorou a oferta, comparando com anos anteriores; mas reconhece, também, que poderia melhorar mais, com relação ao relacionamento e à organização do atendimento, conforme fala do mesmo, já destacada e comentada, anteriormente, neste trabalho.

Já para o Ent.14;P, não basta ter a rede física instalada, pois o acesso precisa melhorar para garantir o Direito à Saúde, como vemos na fala a seguir.

“O direito à saúde todos têm, só que isso ... Comparando, por exemplo, com São Paulo, capital, Ribeirão acho que está ... está muito bom, sabe, o direito à saúde ... o acesso, mas eu acho que daria para ser um pouquinho melhor, essa questão do direito, mas aí envolve também a questão ... dos trabalhadores, do pessoal, envolve a questão financeira, a questão de recursos, que sempre que você pede alguma coisa, está negado porque não tem recursos”(Ent.14;P).

Este entrevistado aponta questões relacionadas à organização e funcionamento dos serviços de saúde, sinalizando que

quando o acesso universal não está garantido, não há eqüidade e o Direito não se concretiza, como vemos na fala a seguir.

“a questão do atendimento também, por exemplo, do paciente ficar rodando de um lado para outro, a dificuldade que tem para conseguir uma consulta, às vezes a gente vê casos que precisaria ser atendido e não poderia estar demorando tanto e não deveria ficar circulando pela cidade, como tem casos que às vezes passa aqui, vai para lá, o paciente fica desesperado; então alguns casos a gente vê que tem necessidade de ser atendido logo, mas no entanto ficam aí rodando; outros casos, o paciente, não há necessidade da emergência e o paciente é atendido rapidamente; então eu acho que precisamos mudar mais isso daí para melhorar essa questão do acesso e do direito”(Ent.14;P).

Neste sentido de garantir a eqüidade, este entrevistado compara a atual administração municipal com a anterior e refere que este aspecto do Direito à Saúde, piorou, conforme expressa na fala a seguir.

“a questão da saúde, eu sempre falei que acho que a gente já avançou bastante, eu tenho orgulho do nosso sistema de saúde, mas eu acho que, nessa gestão, eu acho que nós paramos um pouco, sabe, essa questão da eqüidade, do direito, do acesso, a gente estava caminhando melhor ... principalmente a questão da eqüidade, de facilitar o acesso para aquelas pessoas ... que mais necessitavam, realmente; aí você pode dizer, isso não era eqüidade, mas era uma forma; acho que isso tem que ser feito porque se a pessoa, não tem, a questão financeira dificulta ela ter acesso a médico particular, acho que a gente tem que facilitar, fazer meios, dar meios dessa pessoa conseguir esse atendimento de uma forma mais facilitada, sabe; isso eu nem vejo como injustiça, porque, se ela está lá embaixo, não consegue pagar um convênio ou nem ter direito, sabe, nós temos obrigação de facilitar isso; porque se a pessoa consegue pagar é porque ela teve acesso a outras coisas que dá condições financeiras dela conseguir isso”(Ent.14;P).

Vemos na fala deste entrevistado uma compreensão do Direito à Saúde, semelhante ao apontado pelo Ent.15;G, quando sinaliza

que é preciso “*facilitar o acesso*” para os que não têm condições financeiras para ter “*acesso a médico particular*”, contradizendo o próprio significado de equidade.

A idéia de que o usuário que procura o SUS é o que “*está lá embaixo*”, revela um entendimento por parte deste Conselheiro, de que buscar um serviço público, ao invés de ser visto como exercendo um Direito de Cidadania, coloca-o numa condição inferior, perante os demais, por não conseguir “*pagar um convênio ou nem ter direito*”, tornando um Direito conquistado a duras penas como se fosse um favor a ele concedido. Ou seja, o próprio servidor público discrimina o usuário, considerando-o menos cidadão porque não tem acesso a outros serviços.

Temos também, novamente presente a questão de que a concretização do Direito à Saúde estaria subordinada às disponibilidades econômicas de que o Estado disporia para atender a este seu dever constitucional. À medida que a demanda por serviços especializados aumentou, como resultado da universalização do acesso, proposta pelo SUS e também por uma conscientização da população “*revelada na introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do sistema*” (FLEURY, 1997, p.36)⁽³⁶⁾, é necessário que o Estado, enquanto responsável por garantir este Direito, redirecione os investimentos, permitindo uma ampliação da oferta. Enquanto isto não ocorrer é de se esperar que até mesmo sujeitos sociais comprometidos com a Reforma Sanitária, como é o caso deste Conselheiro, pensem em soluções como as que observamos na sua fala, bem como, transformem a obrigação que o serviço público de saúde tem para com o cidadão, em favor, ao invés de um Direito.

Também o Ent.16;P, ao falar em Direito à Saúde, sinaliza que é falar de algo muito polêmico, pois temos dificuldade até de pensá-lo como inerente à cidadania, como vemos na fala a seguir.

“acho que como a gente ficou muito tempo é ... tinha só dever, o tempo inteiro ... e os direitos que a gente tinha ... tiveram que ser, aos poucos ... muitas vezes a gente não consegue ... exercer ... quando a gente tá na porta de um serviço de saúde, quando a gente vai ser atendido num consultório médico, que pode até ser particular, você tá pagando, exercendo, às vezes um direito seu, né, de consumir o que você quer, né, e você não é respeitado como tal, né ... porque que a gente não consegue nem pensar a estória do direito como algo inerente à gente ser cidadão? ... a gente escuta ... a todo momento, que assim, tá mais do que certo se a gente tiver que pagar o serviço de saúde ... essas situações em que os próprios profissionais, que estão na rede, vira e fala assim, ah, mas porque que eu tenho que atender essa pessoa, né; ou então, ela vem aqui todo dia, se ela pagasse 1 real toda vez que viesse, não ia ter problema nenhum ... quando a gente pensa em direito à saúde. ... é muito polêmico, porque nós não temos clareza do que é direito, né; porque, como a gente ficou muito tempo sem alguns direitos básicos, essenciais, o que vem, parece que é sempre muito mais, né; e como a gente nunca teve aquilo, é ... fica sempre a perspectiva de que não dá para chegar mais, né; numa visão mais pessimista, acaba sendo isso, né; nossa, isso já é muito, você tá reclamando disso, né; isso já é muito do que a gente tem”(Ent.16;P).

Este entrevistado associa a noção de Direitos desiguais que temos atualmente, como uma conseqüência do período autoritário que vivemos no passado recente. Isto, inclusive, dificulta a compreensão de que o SUS não é de graça, mas custeado por todos os cidadãos que recolhem seus impostos direta ou indiretamente. Sinaliza, também, que muitas vezes, os próprios profissionais de saúde não reconhecem o Direito do usuário, de procurar o serviço de saúde quando sente necessidade e muito menos reclamar ou reivindicar melhorias.

Retomando aqui, a fala do Ent.14;P, quando diz que o usuário do SUS “*está lá embaixo*”, ou seja, não tem outra opção por isso busca assistência no SUS, bem como a fala do Ent.16;P, acima, percebemos que quando afirmamos em nosso referencial teórico que a concretização do

Direito à Saúde depende também de como o compreendem os executores das políticas afins, infelizmente não estávamos equivocados. Como concluiu Melo em seu recente estudo *“se o direito, no caso, a saúde, não estiver profundamente ‘enraizado’ na sociedade e na consciência do cidadão, ele se torna vulnerável e sujeito a contingências de toda ordem”* MELO(1999,p.225)⁽⁴⁶⁾. É preocupante esta realidade, porém, se ela for publicizada no espaço de participação, que é o Conselho Municipal de Saúde, usuários e trabalhadores poderão superar estes conflitos e uma relação que era contraditória poderá transformar-se numa relação de entendimento, e assim, talvez possamos superar esta visão canhestra, de que serviço público é somente para quem não tem outras opções.

Concluindo o que pensam os prestadores, vimos que quase todos abordaram, direta ou indiretamente, a questão do acesso aos serviços e o consumo da assistência, como fatores que concretizariam o Direito à Saúde. Isto é compreensível, em se tratando do segmento que tem como responsabilidade, prestar assistência à saúde aos usuários do SUS, seja no serviço público, seja nos serviços contratados e/ou conveniados, caracterizando assim, uma visão assistencialista do Direito à Saúde.

3. 4. 3. O que pensam os representantes dos Usuários

Observamos neste segmento de Conselheiros que todos demonstram compreender o Direito à Saúde, como essencial e como algo que já faz parte de seus Direitos de cidadãos. Por tratar-se de representantes do segmento dos usuários, esta compreensão é muito importante, pois revela que estes sujeitos sociais estão participando no colegiado, conscientes de que estão exercendo sua Cidadania, defendendo um Direito conquistado, que lhes é devido, não uma concessão, uma dívida dos governantes, como, aliás, entendem alguns prestadores citados há pouco.

Para o Ent.02;U, o Direito à Saúde deve ser igual para todos, ricos e pobres; se não for dessa maneira, *“alguma coisa está errada”*, conforme expressa na fala a seguir.

“Bom, saúde significa boas condições de vida. Todos nós temos direito a ter condições de vida ideais se possível, todos. Então, se um tem mais que outros, alguma coisa está errada na divisão dos direitos, da cidadania, alguma coisa está errada. Um é mais cidadão que o outro. Então uns podem pagar para curar as suas doenças e outros não podem. Então aqueles que não podem, vão no serviço público e não é isso que a gente acha que deva ser. Se nós vamos colocar que todos os cidadãos são iguais perante a lei, então todos têm direito a ter condições de vida adequada, dignas”(Ent.02;U).

Este entrevistado deixa claro que não deveria haver mais de um sistema de saúde e que o serviço público deveria dar conta de atender a todos, radicalizando o conceito de Sistema Único de Saúde; porém, como sabemos, a própria Constituição permite esta dualidade de sistemas de saúde.

Completando seu pensamento, este entrevistado aponta outro importante aspecto do Direito à Saúde, referindo-se à maneira como algumas pessoas podem agir, desrespeitando o Direito dos outros, impedindo a si e aos demais de terem um meio ambiente em condições de proporcionar-lhes saúde, como vemos na fala a seguir.

“então não tem que perguntar se é rico ou se é pobre; a saúde pública tem que cuidar do que é coletivo; então, o rico está inserido no coletivo, queira ou não queira ... então se ele trata mal o seu lixo, se ele se encastela nos seus muros e põe o seu lixo para fora, ele está prejudicando a coletividade, e põe no lugar que não deve e faz isso; porque por exemplo, quem corta galho, quem arruma casa, quem limpa quintal no bairro de baixo ... ele sobe com o seu carro e o lixo no seu carro e joga no terreno baldio do meu bairro; isso é público, a saúde tem a ver com isso; então eu acho que saúde é tudo isso, é o que interessa à coletividade,

são as condições de vida de todos os cidadãos”(Ent.02;U).

Observamos também no depoimento deste entrevistado a relevância que tem o comportamento de um indivíduo que, ao transgredir uma regra tão simples como a de cuidar devidamente do seu lixo, interfere no Direito à Saúde de todos que com ele convivem. Vemos, portanto, como é importante que, além do poder público cumprir com a sua parte, cada indivíduo/cidadão também precisa fazer a sua.

Além disso, identificamos que este Conselheiro entende o Direito à Saúde, como um dos Direitos Sociais, indo além da visão assistencialista já abordada; para ele, o Direito à Saúde é um Direito de Cidadania.

O Ent. 03;U, expressa que o Direito à Saúde é consequência de outros direitos, como vemos na fala a seguir.

“Bom, o direito à saúde é primordial, e ... saúde é um tema abrangente ... uma questão básica, por exemplo, que é a questão da moradia do cidadão, da água que serve o cidadão, da energia elétrica que pode parecer uma coisa supérflua, mas é muito importante, o transporte coletivo, o ambiente, a área que cerca a moradia do cidadão, como ele se locomove para o trabalho, como ele é considerado ... atendido no seu local de trabalho, na questão dos direitos de lazer, por exemplo; a saúde abrange tudo isso; então é um direito à saúde, que o cidadão tem, e ampliando esse processo que nós estamos trabalhando, desenvolvendo isso, ainda; e entendo eu que saúde não é ausência de doença, saúde é uma coisa muito grande, que abrange todas essas áreas aí e outras mais”(Ent.03;U).

Destacamos da fala deste entrevistado o caráter de intersetorialidade de que se reveste o Direito à Saúde, sem o qual, certamente este direito não se concretiza. Outro aspecto importante é de que a concretização desse Direito é resultado de um processo o qual exige uma busca incessante.

Para o Ent.04;U, o Direito à Saúde só existe quando o acesso está garantido, de acordo com a necessidade do usuário, conforme expressa na fala a seguir.

“Direito à saúde é uma coisa inegável ... para mim o direito à saúde, é ter saúde, mas a saúde com qualidade, não é esperando para ser consultado com dois anos de diferença, como hoje, o paciente, para o ortopedista, ele está sendo marcado para quase dois anos; o oftalmo, eu estou fazendo essa entrevista com você com óculos quebrado; há dois anos eu estou esperando uma consulta de oftalmo; já renovei, certo, e continuaria esperando se não fosse uma coisa de urgência, necessária que eu tive que explicar o acontecimento, o acidente com o meu óculos, eu tenho que trocar porque eu não consigo andar sem o óculos”(Ent.04;U).

Observamos neste depoimento referência às mesmas questões que foram apontadas pelos entrevistados 10;G e 14;P, quanto à dificuldade de acesso a determinados serviços e ações de assistência à saúde a que são submetidos os usuários do SUS, conseqüência do Direito desigual à Saúde, sendo-lhes dificultado, dessa maneira, a concretização do seu Direito à Saúde, por contingenciamentos, que interferem na oferta de determinados procedimentos, como as consultas médicas em algumas especialidades.

Já o Ent.05;U, acrescenta um dado importante neste tema ao incluir o usuário (povo) como sujeito no processo de garantir o Direito à Saúde, como vemos na fala a seguir.

“Bom eu acho que se tem mesmo, o povo tem direito à saúde; mas ele, como que eu vou dizer, ele tem direito à saúde, à tudo, só que também ele só fica cobrando, ele não faz nada para mudar, para mudar a situação, ele mesmo não se ajuda, eu acho que é por aí, viu, não sei se eu estou certa”(Ent.05;U).

Para este entrevistado, para ter o Direito à Saúde, o usuário, além de reivindicar, precisa dar a sua contribuição, assumindo, certamente, que também tem responsabilidades, deveres a cumprir, seja na maneira de

cuidar de si, seja atuando, exercendo sua Cidadania, interferindo nas decisões, acima de tudo, participando.

O Ent.09;U, considera que Direito à Saúde todos têm, constitucionalmente, mas a falta de recursos (cortes), não garante a efetividade das ações necessárias à assistência, submetendo os usuários a sofrimentos, incertezas, como expressa na fala a seguir.

“Direito à saúde ... direito de todos ... geral e irrestrita, porque ... saúde, medicamento, o nosso apoio psicológico, porque só de medicamento ninguém vive; precisa tomar medicamento, precisa estar bem também por dentro ... eu gostaria de poder falar garantido, assim, de boca cheia ... mas eu acho que falta mais algumas coisas para ser mais garantido, para eu me sentir que tem mais garantia; às vezes eu não sei se algum medicamento que eu preciso o mês que vem vai estar garantido mesmo, para mim estar pelo menos, estar em pé, para estar defendendo algumas coisas ... acho que é um terreno movediço que a gente nunca sabe o que vai acontecer amanhã ... eu acho que é desse jeito porque jamais pode cortar verba da saúde ... a partir do ano que vem ... o nosso governo vai cortar; eu acho que é por isso ... por essas e outras não é garantido”(Ent.09;U).

Este entrevistado, ao associar o Direito à Saúde ao cotidiano vivido pelos usuários do SUS, que têm a continuidade de suas vidas, totalmente dependentes da disponibilidade, seja de alguns insumos (medicamentos), seja de equipamentos (aparelhos para realizar hemodiálise), para citarmos apenas alguns exemplos, coloca-nos diante da magnitude do problema que temos que enfrentar para garantir recursos financeiros suficientes, que permitam também a estes cidadãos, o seu Direito à Saúde.

No caso do Ent.13;U, o Direito à Saúde é primordial e uma primeira necessidade. Assim, acredita que o fato de existir em nosso município, uma diversidade de serviços que prestam assistência à saúde, este Direito está assegurado a todos, conforme expressa a fala a seguir.

“É primordial ... uma primeira necessidade; não há como você trabalhar bem, você desenvolver bem, se você não tiver saúde ... Ribeirão é muito bem servida ... então não vejo grandes críticas; você ouve crítica do que acontece dentro de Unidade e tudo o mais e aí você começa a pensar: puxa, Ribeirão tem Unidade, Ribeirão tem hospital, Ribeirão tem um monte de médicos, os planos de saúde e tudo o mais ... então Ribeirão é uma realidade diferenciada do país ... é primordial, você ter esse acesso”(Ent.13;U).

Observamos que este entrevistado é o único Conselheiro, representante de usuário, que fez referência ao setor privado de planos e seguros de saúde, como parte do sistema que garante a concretização do Direito à Saúde. Todos os demais expressaram ter no setor público, representado pelo SUS, a referência para que este Direito seja assegurado.

Concluindo esta Unidade temática, verificamos que todos os entrevistados, Prestadores, Usuários e Gestores, expressaram um conceito de Direito à Saúde, como sendo um Direito que é de todos e que o dever de atendê-lo compete ao Estado. As divergências foram em relação ao conteúdo que conforma este Direito, sendo que, entrevistados dos três grupos, manifestaram uma visão assistencialista, considerada uma herança do *estado de bem estar*, em que o Estado deve ofertar serviços à população, materializando o Direito à Saúde, através da abordagem de questões concretas do acesso aos serviços de saúde. Outros entrevistados, também dos três grupos, manifestaram a visão do Direito à Saúde, enquanto um dos Direitos Sociais, incluindo assim, no conteúdo deste Direito, aspectos relacionados às condições de vida dos cidadãos, concepção esta mais condizente com aquela referida na atual Constituição brasileira, que ultrapassa a questão da oferta/acesso.

Verificamos também que a concepção do Direito à Saúde predominante no grupo dos Gestores é a mesma do grupo dos prestadores,

que é a visão assistencialista, relacionada com a oferta/ acesso, o que é de se esperar, pois os Gestores são também prestadores por excelência.

Comparando as concepções de Direito à Saúde, identificadas nos três grupos, com as observações de DALLARI et al. (1996)⁽³²⁾, podemos dizer que são bastante semelhantes, especialmente no grupo dos representantes dos prestadores, em que observamos um predomínio da “visão assistencialista”, que “se materializa em uma assistência médica preventiva, curativa e de reabilitação” (p.536).

Alguns entrevistados, ao considerarem que a existência de uma rede física instalada, que significa uma extensão de cobertura da assistência, não garante, por si só, nem a equidade, nem que o Direito à Saúde esteja sendo assegurado, estão concordando com as conclusões do estudo realizado por COHN et al. (1991, p.160-1)⁽²⁵⁾ apontado em nosso referencial teórico, segundo o qual “*instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços mas, igualmente, à sua conformação em um direito*”.

Os depoimentos de alguns representantes dos prestadores e um representante dos usuários deram a entender que é natural a existência de dois sistemas de saúde: o público, configurado pelo SUS (serviços próprios e conveniados) e o privado, formado pelos planos, seguros saúde e outras formas de prestação de serviços e ações de assistência à saúde, confirmando, assim, a questão trazida pelo Ent.10;G, de que o Brasil caminha para o Direito desigual à Saúde e de que o SUS está sendo adaptado e condicionado a isto.

Como já dissemos, a própria Constituição prevê, no caput do seu art. 199, que “*A assistência à Saúde é livre à iniciativa privada*”⁽⁴⁾. Sendo assim, a existência de mais de um sistema de saúde é esperada, embora tenhamos lutado para ter um Sistema Único de Saúde, público e gratuito; entendemos, porém, que a Constituição ao permitir que a iniciativa privada também prestasse assistência à saúde, não desobrigou o Estado

brasileiro de garantir o Direito à Saúde a todos seus cidadãos. E entendemos que é nesta perspectiva que o SUS deve caminhar, como apontaram todos os sujeitos sociais entrevistados para este estudo.

Capítulo 4: Em busca da Cidadania Plena

Como nosso estudo trata da Participação Social no SUS, tentaremos aqui, além de apontar as principais conclusões, alinhar alguns aspectos os quais consideramos importantes para que continuemos “em busca da Cidadania plena”. Até porque, como dissemos, esta é uma aproximação da realidade e, como tal, faz parte da construção histórica de cada sujeito e de seu segmento social e estará em permanente movimento como a própria sociedade humana, que nunca vai estar pronta e acabada.

Assim, retomando o pressuposto da presente investigação, de que os Conselhos de Saúde são espaços de conflitos por integrarem atores que portam diferentes projetos de interesse, e que por isso mesmo, são arenas de disputa e concertação desses interesses, podendo vir a ser os espaços privilegiados de produção do entendimento, do exercício de Cidadania e do Controle Social, consideramos ter confirmado este nosso pressuposto.

Da mesma maneira, retomando o objetivo geral a que nos propusemos, que era de analisar a experiência da gestão e do controle social do CMS de Ribeirão Preto, enquanto espaço de participação social para a construção da Cidadania, consideramos ter atingido este objetivo.

Vimos que os conteúdos analisados nas quatro Unidades Temáticas, permitiram identificar os limites e as potencialidades do nosso objeto de estudo, sendo que, embora os limites sejam vários e importantes, eles próprios apontam a possibilidade de superação.

Na Unidade Temática 1, analisamos **o Perfil de atuação e a Agenda temática do CMS**, e vimos que nestes 8 anos de existência, o colegiado consolidou-se enquanto instância política importante, para encaminhamento de quase todas as questões que dizem respeito à

Reforma Sanitária no nível local. Embora os Conselheiros considerem que sua atuação tem estado aquém do desejado e necessário, os aspectos positivos superam os negativos.

Neste sentido, consideramos que o CMS de Ribeirão Preto está efetivamente cumprindo seu papel de dividir as responsabilidades no gerenciamento do SUS. No entanto, acreditamos ser necessário a contrapartida da administração de tornar as atribuições de planejamento e avaliação, com efetiva participação dos Conselheiros, em todas as fases do processo. Além disso torna-se necessário que o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde seja feito com transparência.

Na Unidade Temática 2, analisamos a **Construção do Controle Social na ótica dos Gestores**, e vimos que todos eles consideram que obtivemos avanços. Além disso, vêm no colegiado, um aliado para exercerem o papel de Gestor Municipal da Saúde, apesar de também considerarem sua atuação aquém de suas potencialidades.

Na Unidade Temática 3, analisamos a **Construção do Controle Social na ótica dos Conselheiros**, e vimos que, tanto representantes de usuários, quanto representantes dos prestadores foram escolhidos em um processo que despertou grande interesse dos segmentos representados no Conselho, sendo que alguns Conselheiros ocupam o cargo, desde a criação do colegiado. Quanto à motivação para ser Conselheiro da Saúde, verificamos que para os usuários é a oportunidade de, além de buscar melhorias na assistência à saúde, exercer a Cidadania e conquistar outros Direitos Sociais; quanto aos prestadores, embora alguns demonstrem interesses essencialmente corporativistas, quer seja de categorias profissionais, quer seja de instituições, outros desejam conseguir construir projetos coletivos para a política municipal de saúde. Quanto ao interesse demonstrado pelo segmento representado, vimos que, alguns segmentos dos prestadores não utilizam o Conselho para encaminharem suas demandas, fazendo-o através de outros canais, aonde

não necessitam publicizar seus projetos de interesses. Já os segmentos dos usuários têm no colegiado sua referência para encaminharem todas as suas demandas em relação à saúde, inclusive as questões do cotidiano assistencial. Quanto ao exercício de suas atribuições, vimos que os Conselheiros consideram-se excluídos do processo de decisão sobre as prioridades para a saúde municipal, sendo esta uma opinião da maioria dos entrevistados. Apontam limites técnicos e políticos, os quais têm sua origem, tanto na falta de articulação, de entrosamento, entre as instâncias técnicas da SMS com a instância política do colegiado, quanto na própria ausência de articulação interna do colegiado. Também para os Conselheiros, assim como para os Gestores, o CMS é o espaço privilegiado para onde devem ser canalizadas e onde devem ser debatidas e decididas todas as questões relacionadas com a política municipal de saúde, sendo esta uma potencialidade ainda a ser explorada e desenvolvida.

Na Unidade Temática 4, identificamos as concepções de Direito à Saúde, expressadas pelos entrevistados e vimos que todos consideram a “Saúde Direito de todos e dever do Estado”; quanto à maneira de concretizar este Direito, os representantes dos prestadores e os Gestores, valorizam os aspectos relacionados ao acesso/oferta de assistência à saúde, caracterizando uma visão assistencialista deste Direito, enquanto que no segmento dos usuários, predomina a visão do Direito à Saúde, enquanto um Direito Social, relacionado também às condições de vida. Para este segmento, uma das formas de concretizar este Direito é através da participação organizada no colegiado.

Afirmamos que, embora criado a partir de uma exigência legal, o CMS de Ribeirão Preto, há muito deixou de ter apenas um papel institucional formal, para ser parte viva do gerenciamento dos serviços de saúde deste município, tendo possibilitado, a cada nova gestão, que novos

sujeitos sociais a ele se integrem, trazendo consigo suas experiências e expectativas, enriquecendo o debate que se trava no seu dia-a-dia.

Articulando-se uma singularidade de participação, que é a instância de um Conselho Municipal de Saúde, da década de 90, com a história dos 500 anos de nosso país, verificamos que esta é marcada por fortes traços de exclusão social, desde a época do seu descobrimento. Podemos dizer que os primeiros excluídos foram os escravos e com o passar dos tempos, novas formas de relacionamento entre capital e trabalho foram sendo introduzidas, mas em todos os períodos de nossa história, podemos dizer que foram se conformando outras exclusões sociais; e o período de 64 até início da década de 80 deste século, foi marcado por um período ditatorial em que os direitos civis, políticos e sociais estavam submetidos ao autoritarismo militar.

Retomando a história recente do nosso país, vemos que, para alguns analistas a década de oitenta foi considerada uma “década economicamente perdida”, devido à combinação de taxas de inflação altíssimas, com pouco ou nenhum crescimento econômico. Ao mesmo tempo, respirávamos os ares da redemocratização do país e a sociedade civil, com a liberalização política, retomava suas formas de organização. O auge da mobilização da sociedade civil ocorreu em torno de questões nacionais, como por exemplo, a luta por eleições diretas para Presidente da República, pela eleição dos constituintes e pela própria promulgação da Nova Constituição, em 1988, que representa a cristalização dos anseios da sociedade brasileira.

Observou-se também nesta década de 80, principalmente a partir das mudanças no setor saúde, com a implantação das AIS, uma valorização da esfera local, enquanto espaço político importante. Ainda nesta década de 80, a organização da sociedade civil em torno das questões relacionadas com a saúde se fez muito presente, tanto no nível

municipal quanto no nível nacional, em torno da convocação e realização da 8ª CNS, tornando a saúde como uma questão de democracia.

Toda essa organização culminou com as conquistas inscritas na Nova Constituição, seguida das Legislações correspondentes, que simbolizaram o reconhecimento da Saúde como um Direito Social e Dever do Estado.

Ao chegarmos à década de 90, novas tarefas são impostas à sociedade civil organizada, para concretizar o Direito Universal à Saúde, num país historicamente marcado por exclusões, principalmente nesta área.

Os estudos demonstram que no início dos anos 90, houve uma desmobilização dos movimentos sociais e conseqüentemente, da participação, talvez porque as demandas haviam sido atendidas, no plano jurídico normativo, podendo ser este considerado um elemento desagregador. Outro elemento que parece ter contribuído para este aparente imobilismo talvez seja a garantia de que os repasses financeiros, principalmente a partir da edição da NOB-01/96 se regularizariam, conforme vem ocorrendo, bem como a reedição da CPMF*, em que parte dos recursos são destinados ao financiamento da saúde.

Mas surgem novamente as perguntas: Todas as demandas foram atendidas? Não há mais exclusão social? Atingimos a Cidadania Plena? O SUS está prestando assistência em saúde de qualidade, atendendo seus princípios de universalização, integralidade e participação social? Não nos parece ser esta a realidade que vivemos. Pelo menos não é para os representantes de usuários que deram sua valiosa contribuição, participando do presente estudo.

Não queremos dizer com isso, que o CMS de Ribeirão Preto não está desempenhando seu papel enquanto instância de participação e de decisão do SUS municipal. Claro que está. Porém, o que está faltando “*é tirar do papel*”, principalmente, implementar propostas que possibilitem

rever o modo como estamos desenvolvendo nossas ações no nosso cotidiano.

É claro que incidir nestas circunstâncias apontadas acima requer, dos membros do colegiado, uma compreensão do seu papel de cidadão consciente, portador de direitos e deveres, o que nos parece estar claro para os membros do CMS de Ribeirão Preto. Falta-lhes, no entanto, um pouco de ousadia, de disponibilidade para sair da condição cômoda de esperar que o Gestor tome todas as iniciativas, principalmente com relação à Agenda Temática do colegiado, pois, embora o CMS seja parte do Estado não pode atuar dependente do Governo, que é isto o que temos visto até hoje, não só no nosso caso específico, mas de modo geral, em outros municípios brasileiros também.

Uma segunda questão que queremos apontar é com relação ao modelo de saúde que estamos desenvolvendo, mais precisamente, o modo de produzir saúde e organizar o processo de trabalho em saúde. Embora este tema não tenha sido tratado no presente estudo, várias vezes apareceu nas falas dos entrevistados e isto exige que o retomemos neste momento.

O Projeto da Reforma Sanitária proposto pretendia, entre outras coisas, que houvesse uma mudança no modelo médico de atenção à saúde, até então hegemônico. Passados todos estes anos, o que observamos foi o oposto, ao invés de se tentar novas formas de organização e de atenção à saúde, em busca da atenção integral, da intersectorialidade, das práticas alternativas, cada vez mais há o predomínio da assistência médica curativa, individual e parcelar e, com ela, maior consumo de medicamentos, maior necessidade de exames diagnósticos e intervenções médicas, etc..

* Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira.

Perguntamos: porque o CMS não toma a iniciativa de propor esta discussão e construir outras formas de produzir saúde, que leve em conta a humanização, a ética, e a integralidade da assistência?

Ainda mais que, conforme a **Declaração conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde**, divulgada na Conferência Nacional de Saúde On Line⁽¹⁴⁾, resultante de reunião realizada em Brasília, em 02 de março de 1999, vimos serem reafirmados os princípios e diretrizes do SUS que visam “*a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização, a equidade, a democratização e o controle social*”.

Atualmente, uma outra questão importante colocada para o gestor municipal da saúde é com relação à proposta de Reforma do Estado brasileiro. Cada vez mais, os municípios estão assumindo responsabilidades de implementar políticas sociais, sem com isso, receberem os repasses financeiros correspondentes e necessários.

Há atualmente, uma certa tendência de rescentralização das decisões, na esfera federal, obrigando com isso a que os dirigentes municipais se articulem e procurem conquistar espaços, numa tentativa de revalorização da esfera local. É aqui que fica evidente a importância de se fazer ressurgirem os movimentos de participação, até para legitimar, dar força para que a política municipal mostre sua importância e resolutividade no cenário político nacional, e isto seja traduzido em maiores investimentos econômicos e financeiros no nível municipal e melhor qualidade de vida.

É claro que esta é uma questão que extrapola os limites do CMS, porém, este não pode colocar-se à margem desse processo, pois as decisões dos governos em todos os níveis têm ressonância direta sobre as políticas sociais, sendo a saúde um espaço em que a participação social pode ser uma alavanca para a conquista e re-construção dos direitos sociais e valorização da esfera política local.

Citando novamente a Conferência Nacional de Saúde On Line⁽¹³⁾, vemos que aponta também como imprescindível para a consolidação do SUS, o fortalecimento das instâncias colegiadas de participação nos níveis Nacional, Estadual e Municipal, representadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, além das Comissões de Intergestores e dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, o CONASS e o CONASEMS.

O Conselho de Saúde, além de seu caráter consultivo é também deliberativo. Se atualmente, os Conselheiros ainda deliberam de forma incipiente e dependente da autoridade constituída do presidente do colegiado, podem e têm potencialidades, como apontam os resultados deste trabalho, para conquistar e construir autonomia política na direção da Cidadania Plena.

Acreditamos que, apesar de todos os obstáculos que o SUS já enfrentou desde a sua aprovação, em 1988, estes não superam as conquistas alcançadas. É com este otimismo que reiteramos a importância da atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, na busca da construção das alianças necessárias e possíveis para a consolidação do SUS municipal.

ANEXO 1: Carta aos Conselheiros explicando os objetivos da pesquisa.

Ribeirão Preto, 20 de outubro de 1998.

Senhores Conselheiros,

Tem a presente a finalidade de explicitar aos senhores que o Projeto de Pesquisa que estou desenvolvendo sobre *“PARTICIPAÇÃO SOCIAL E GESTÃO COMPARTILHADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS: Limites e Potencialidades* tem como objetivo analisar a experiência concreta de participação dos segmentos organizados da sociedade na implementação do SUS, em Ribeirão Preto.

A Coleta dos dados será através de análise documental e de entrevistas individuais, para as quais os senhores oportunamente serão por mim contactados, pessoalmente.

Todas as informações obtidas serão analisadas para o único fim desta pesquisa, e será mantido absoluto sigilo quanto aos nomes das pessoas cuja participação no colegiado será objeto de análise do pesquisador.

Como tenho vivenciado o processo de reorganização do setor saúde em nosso município desde a década de 80, acredito poder, com este estudo, contribuir para a discussão sobre o importante papel a ser desempenhado pelos Conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde, na efetiva implantação do SUS em nossa cidade e nos demais municípios brasileiros.

Certa de contar com Vossa anuência a este pedido antecipo meus agradecimentos.

Atenciosamente

Maria de Lourdes Gonçalves

Ao Membro do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Senhor(a):

ANEXO 2: Roteiro da entrevista realizada com o ex-Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 1993 a outubro de 1994.

1 - Fale-me sua opinião sobre a existência dos fóruns de participação e de decisão do SUS, que são os Conselhos e Conferências de Saúde.

2 - O que o Senhor tem como concepção sobre: participação, controle social, direito à saúde, cidadania e processo saúde/doença?

3 - O que o Senhor pensa sobre Gestão Compartilhada?

4 - Pelo Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Secretário Municipal da Saúde tem a responsabilidade de gerir o Fundo Municipal da Saúde; gostaria que o senhor falasse sobre como é desempenhar esse importante papel.

5 - Como é o relacionamento do Secretário Municipal com as demais instâncias de decisão que são: a CIR, a CIB e outros fóruns de participação, como os Conselhos de Secretários de Saúde?

6 - Considerações Finais, se desejar.

ANEXO 3: Roteiro da entrevista realizada com o ex-Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no período de outubro de 1994 a dezembro de 1996.

1 - Fale-me sua opinião sobre a existência dos fóruns de participação e de decisão do SUS, que são os Conselhos e Conferências de Saúde.

2 - O Senhor foi Secretário da Saúde quando ainda buscava-se a concretização dos Conselhos e também, posteriormente, quando os Conselhos já haviam sido criados. Existe alguma diferença em ser Secretário da Saúde com e sem o Conselho Municipal de Saúde?

3 - O que o Senhor tem como concepção sobre: participação, controle social, direito à saúde, cidadania e processo saúde/doença?

4 - O que o Senhor pensa sobre Gestão Compartilhada?

5 - Pelo Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Secretário Municipal da Saúde tem a responsabilidade de gerir o Fundo Municipal da Saúde; gostaria que o senhor falasse sobre como é desempenhar esse importante papel.

6 - Como é o relacionamento do Secretário Municipal com as demais instâncias de decisão que são: a CIR, a CIB e outros fóruns de participação, como os Conselhos de Secretários de Saúde?

7 - Considerações Finais, se desejar.

ANEXO 4: Roteiro da entrevista realizada com o ex-Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no período de abril de 1991 a dezembro de 1992.

1 - Fale-me sua opinião sobre a existência dos fóruns de participação e de decisão do SUS, que são os Conselhos e Conferências de Saúde.

2 - O Senhor era Secretário da Saúde quando foi aprovada a Lei que criou os Conselhos de Saúde. Existe alguma diferença em ser Secretário da Saúde com e sem o Conselho Municipal de Saúde?

3 - O que o Senhor tem como concepção sobre: participação, controle social, direito à saúde, cidadania e processo saúde/doença?

4 - O que o Senhor pensa sobre Gestão Compartilhada?

5 - Pelo Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Secretário Municipal da Saúde tem a responsabilidade de gerir o Fundo Municipal da Saúde; gostaria que o senhor falasse sobre como é desempenhar esse importante papel.

6 - Considerações Finais, se desejar.

ANEXO 5: Roteiro da entrevista realizada com o Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 1997 a março de 1999.

1 - O Senhor era Vereador da Câmara Municipal de Ribeirão Preto, por ocasião da aprovação da Lei que criou os fóruns de participação e de decisão do SUS neste município. Gostaria que o Senhor me falasse qual é a sua opinião sobre a existência desses fóruns que são os Conselhos e Conferências de Saúde.

2 - O que o Senhor tem como concepção sobre: participação, controle social, direito à saúde, cidadania e processo saúde/doença?

3 - O que o Senhor pensa sobre Gestão Compartilhada?

4 - Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades de ser Secretário Municipal da Saúde, num município em Gestão Plena do Sistema, com a participação do Conselho Municipal de Saúde?

5 - Pelo Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Secretário Municipal da Saúde tem a responsabilidade de gerir o Fundo Municipal da Saúde; gostaria que o senhor falasse sobre como é desempenhar esse importante papel.

6 - Como é o relacionamento do Secretário Municipal com as demais instâncias de decisão que são: a CIR, a CIB e outros fóruns de participação, como os Conselhos de Secretários de Saúde?

7 - Considerações Finais, se desejar.

ANEXO 6: Documentos consultados para a coleta dos dados empíricos.

Ano	Atas das reuniões do CMS	Relatórios das Conferências Municipais de Saúde
1991	06	01
1992	09	-
1993	09	01
1994	06	-
1995	06	-
1996	12	01
1997	10	-
1998	08	-
Total	66	03

Referências Bibliográficas

1. ALMEIDA, M.C.P. de **O Trabalho de Enfermagem e sua articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva** - rede básica de saúde de Ribeirão Preto. 1991. 297 p. Tese (Livre Docência) Departamento de Enfermagem Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília, 1986. 21p.
3. _____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. **Anais**. Brasília, 1987.
4. _____. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1989.
5. _____. Leis, etc. Lei n. 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. Brasília, 1990.
6. _____. Leis, etc. Lei n. 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. Brasília, 1990.

7. _____. Norma Operacional Básica do SUS 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jan. 1991.
8. _____. Norma Operacional Básica do SUS 01/92. **Diário oficial da União**, nº28, Brasília, 07 fev. 1992.
9. _____. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, nº96, Brasília, 24 maio 1993.
10. _____. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 nov. 1996.
11. _____. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 10. Brasília, 1996. **Extrato preliminar das deliberações aprovadas na plenária final**. s.d. /mimeografado/
12. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 51/98, de 14 de janeiro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 jan 1998.
13. _____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. 2.ed. Brasília, 1999.
14. _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde On Line. **Declaração conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde**. Brasília, mar 1999.
15. BUENO,W.S. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: MERHY & ONOCKO. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC, 1997. cap.5, p.169-95.

16. CAMPOS,G.W.deS. **Os médicos e a Política de Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1988.
17. _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO,L.C.deO. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994. cap.1. p.29-87.
18. CARVALHEIRO,J.R. et al. **O município e a saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1992. p.174.
19. CARVALHO,A.I. et al. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. **Saúde em Debate**, n.38, p.49-54. 1993.
20. _____. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro, IBAM/FASE, 1995. 135p.
21. _____. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado**. In: FLEURY,S. (Org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. cap.3. p.93-111.
22. CARVALHO,G.I.de & SANTOS,L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde. 2.ed. São Paulo, HUCITEC, 1995. p.29-34;273.
23. CECÍLIO,L.C.deO. As propostas de melhoria do funcionamento dos serviços de saúde e suas inter-relações com os espaços de controle social. **Saúde e Movimento**. n.3. p.17-22, 1997.

24. CHAUI, M. **O que é ideologia**. 2.ed. São Paulo, Brasiliense, 1981. p.36-39.
25. COHN,A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez, 1991.
26. COHN,A. et al. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**. n.38. p.90-3, 1993.
27. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. **Documento I** Rio de Janeiro, s.d. p.27.
28. CORTES,S.M.V. As origens da idéia de participação na área de saúde. **Saúde em Debate**, n.51. p.30-7. 1996.
29. _____. Conselhos Municipais de Saúde: A possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.3, n.1, p.5-17, 1998.
30. COSTA,N.doR. Transição e Movimentos Sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: COSTA et al. (Org.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**, v.1, Petrópolis, Vozes, 1989. cap.2, p.45-65.
31. COUTINHO.C.N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA,S.F. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1995. cap.2, p.47-60.

32. DALLARI,S.G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.4, p.531-540, 1996.
33. DEMO,P. **Cidadania tutelada e Cidadania assistida**. Campinas, Autores Associados, 1995. p.133.
34. ESCOREL,S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. 1987. 352p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. /mimeografado/
35. FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE BAIROS DE RIBEIRÃO PRETO. **Relatório das reuniões preparatórias para a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto. 1986. /mimeografado/
36. FLEURY,S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY,S. (Org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. cap.1, p.25-41.
37. FREDERICO,P. & ALMEIDA,M.C.P.de. Comissão Local de Saúde: espaço participativo em construção no município de Ribeirão Preto. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 51º, Florianópolis, 1999. **Anais**. Florianópolis, 1999. p.75.
38. GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 189p.

39. GONÇALVES, M. de L. **O Programa de Vacinação no processo de municipalização da saúde, no município de Ribeirão Preto**, 1994. 211p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
40. GOULART, F. A. de A. Movimentos sociais, cidadania e saúde: anotações pertinentes à conjuntura atual. **Saúde em Debate**. n.39. p.53-7, 1993.
41. KONDER, L. **O que é dialética**. 5.ed. São Paulo, Brasiliense. 1982. p.37-39.
42. L'ABBATE, S. **O Direito à Saúde: da Reivindicação à Realização**. 1990. 603p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
43. LÜDKE, M & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo. EPU. 1986. p.11-24.
44. MANZINI-COVRE, M. de L. **O que é cidadania**. São Paulo. Brasiliense, 1991.
45. MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.
46. MELO, E. M. de **Fundamentos para uma Proposta Democrática de Saúde: A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas**. 1999. p. Tese (Doutorado) - Faculdade de medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

47. MENDES,E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In:_____. (Org.) **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2.ed. São Paulo, HUCITEC, 1995. cap.1. p.19-91.
48. _____. O SUS: um processo social em construção. In:_____. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1996. cap.2. p.57-98.
49. MERHY,E.E. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto, para a montagem do SUS? **Saúde em Debate,** n.39, p.42-7, 1993.
50. _____. A rede básica como uma construção da saúde e seus dilemas. In: MERHY&ONOCKO. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo, HUCITEC, 1997. cap.6, p.197-228.
51. _____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do Modelo Assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a Assistência. Campinas, 1997. /mimeografado/ 23p.
52. MINAYO,M.C.deS. **O desafio do conhecimento:** a pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo, HUCITEC, 1993.
53. _____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 5.ed. Petrópolis, Vozes, 1996. cap.1. p.9-29.

54. MISHIMA,S.M. Recursos Humanos na implantação das Ações Integradas de Saúde no município de Ribeirão Preto - Visão da Equipe de Enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, n.1, p.40-49, 1990.
55. O CONTROLE Social dos Serviços de Saúde. **Saúde em Debate**, n.21, p.29-30, 1988.
56. PEDROSA,J.I.dosS. Dilemas e perspectivas do SUS no Estado do Piauí: uma conversa com os conselheiros. **Saúde em Debate**, n.49/50, p.28-32, 1996.
57. RIBEIRÃO PRETO. Lei n.4476 de 26 de abril de 1984.
58. _____. Lei n.5194 de 27 de novembro de 1987.
59. _____. Lei Orgânica do Município, de 05 de abril de 1990.
60. _____. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2., Ribeirão Preto, 1991. **Relatório Final**. 22p. /mimeografado/
61. _____. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 3., Ribeirão Preto, 1993. **Relatório Final**. 10p. /mimeografado/
62. _____. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4., Ribeirão Preto, 1996. **Relatório Final**. 16p. /mimeografado/

63. _____. Leis,etc. Lei n.5971 de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, 24 abril 1991.
64. _____. Leis,etc. Lei n.5972 de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, 24 abr. 1991.
65. _____. Leis, etc.. Lei n.7845 de 10 de outubro de 1997. Dispõe sobre a concessão de subvenção a hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, 27 out. 1997.
66. _____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório das atividades do período de 1989-1992**. Ribeirão Preto, 1992. /mimeografado/
67. _____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**, 1998. /mimeografado/
68. RODRIGUES NETO,E.R. A via do Parlamento. In: FLEURY,S.(Org.) **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. cap.3. p.63-91.
69. SADER,E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980**. 2.ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1995.

70. SOUZA,L.R.de. Movimentos de Saúde: dificuldades à sua apreensão. **Saúde em Debate**, n.29, p.48-51, 1990.
71. SPOSATI,A. & LOBO,E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde pública**, v.8, n.4, p.366-378, 1992.
72. STOTZ,E.N. Luta pela saúde ambiental: a AMAP contra o Curtume Carioca S.A., uma experiência vitoriosa. In: VALLA & STOTZ. (Org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993. cap.7, p.131-159.
73. TEIXEIRA,S.M.F. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. **Anais**. Brasília, 1987. p.91-112.
74. TEIXEIRA,S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In:_____ (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo, Cortez Editora, 1995. cap.1, p.17-46.
75. TESTA,M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas/ABRASCO, 1992. cap.3, p.95. cap.5, p.166.
76. TRIVIÑOS,A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas S.A., 1995. cap.5, p.116-166: Pesquisa qualitativa.
77. VALLA,V.V. & SIQUEIRA,S.A.V.de. O Centro Municipal de Saúde e a participação popular. In: COSTA et al. (Org.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**, v.1, Petrópolis, Vozes, 1989. cap.4, p.91-115.

78. VALLA,V.V. & STOTZ,E.N. As respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente”. In: VALLA & STOTZ (Org.) **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis, Vozes, 1994. cap.6, p.99-122.
79. _____. (Org.) **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis, Vozes, 1994. p.07-36.
80. VALLA,V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, s.2, p.7-18, 1998.
81. WESTPHAL,M.F. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? **Saúde em Debate**. n.47. p.41-5, 1995.

Summary

This study analysed the experience of building social participation in the Unique Health System (Sistema Único de Saúde), having as its study object the Municipal Health Council of Ribeirão Preto, during the period of 1991 - 1998. The theoretical reference was built from the county's redemocratization and the Sanitary Reform, broaching the study object in the dimensions: the Right to Health, Participation, Social Control and Citizenship. The methodology was Case Study, in the qualitative aspect of health research. We sought, from document analysis and interviews with Counsellors and former Municipal Health Secretaries, through the technique of Thematic Analysis, to identify relations established among the social subjects which compose the Council, projects of interest and the conception on the Right to Health; we sought to point out limits and potencialities of the space of participation for the construction of citizenship. Main limits: the themes are sent to the Council for aprovement only, not allowing previous discussions; the bond between the Municipal Health Fund and the Secretary of Treasure, obstructs Manager and Council of having autonomy in the decision on the use of resources; some segments don't take their pleas to the Council, using other channels; the corporativism of some segments don't allow publicizing projects of interest. As potentiality, we observed that those interviewed have in the Council, the legitimate political forum to discuss and deliberate on the political directions for health in the Municipality, legitimating it as a public space for the construction of Rights and Citizenship. This allowed its functioning, during 8 years, without interruption.

Key Words: Social policy; Health policy; Decision participation; Counsellors.