



# REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA

Publicação do Ministério da Saúde - Ano VIII - Novembro de 2007

EDIÇÃO ESPECIAL



## CONTROLE SOCIAL ↓↑ SUS



AS CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE PELO BRASIL

INICIATIVAS DE ENVOLVIMENTO POPULAR EM SAÚDE

ARTIGOS ABORDAM ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO PARTICIPATIVA NO CONTEXTO DO CONTROLE SOCIAL

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)



Ministério da Saúde



**Revista Brasileira Saúde da Família**

Ano VIII, Edição Especial  
Tiragem: 15.000 exemplares

**Coordenação, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Esplanada dos Ministérios, bloco G,  
6º andar, sala 655  
CEP: 70058-900, Brasília-DF  
Tel.: (61) 3315-2497  
Fax: (61) 3226-4340  
Home page: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

**Supervisão Geral:**

Luis Fernando Rolim Sampaio

**Coordenação Técnica:**

Antônio Dercy Silveira Filho  
Claunara Shilling Mendonça

**Coordenação Editorial:**

Inaiara Bragante

**Redação:**

Eduardo Dias  
Patrícia Alvares

**Jornalista Responsável:**

Patrícia Alvares (MTB – 3240/DF)

**Editoração Eletrônica:**

Wagner Coutinho Jr.

**Ilustrações:**

Ana Lúcia Gillet Lomonaco

**Fotografias:**

Eduardo Dias, Patrícia Alvares, Roberto Maradona/SMS-Betim,  
SMS – São Carlos, SMS – São João do Oriente

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano VIII, Edição Especial (Nov.2007). Brasília:  
Ministério da Saúde, 2007

Trimestral.  
ISSN: 1518-2355

1. Saúde da família. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título.

# Hanseníase.

## Temos que saber reconhecer.



**Eu tive hanseníase.  
Tratei e estou curada.**

**Sinais e sintomas:**

- Diminuição ou perda da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato, em áreas do corpo com ou sem manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas.
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas e inchaço de mãos e pés.

**PROCURE O SERVIÇO DE SAÚDE.  
O tratamento é um direito do cidadão.**

**Paula Brandão** Profissional de Saúde  
Rio de Janeiro

“A família, os amigos e a informação foram fundamentais neste processo de descoberta, acolhimento, tratamento e cura.”

Mais informações  
**TELEHANSEN**  
0800 26 2001

Secretarias Estaduais  
e Municipais de Saúde



Ministério  
da Saúde



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

REVISTA  
BRASILEIRA **SAÚDE DA FAMÍLIA**



Saúde da Família

Brasília / 2007

## Revista Brasileira Saúde da Família

### Edição Especial

- 3 Apresentação**
- 4 Entrevista**  
Gestão Participativa - entrevista com conselheiros
- 7 Opinião**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**  
*José Ivo dos Santos Pedrosa*  
*Esdras Daniel dos Santos Pereira*
- 26** Em Betim, a implantação da Saúde da Família tem participação ativa do Controle Social
- 30** Educação popular aliada aos movimentos comunitários cria novas perspectivas de saúde para a população de Fortaleza
- 34** De conselheira à secretária de saúde... em Magé, o trabalho de Formiga deu certo
- 38** Em São Carlos, conselho de saúde e presidente são eleitos
- 44** São João do Oriente se destaca no Vale do Aço com saúde e participação social
- 50** Em Pernambuco atuação marcante de grupos organizados
- 54** Roraima é palco de conferência participativa em defesa do SUS
- 58** Rio Grande do Sul reafirma importância da aliança com o judiciário
- 62** Estado de São Paulo reúne quase 2.500 pessoas em conferência, entre os dias 4 e 6 de outubro
- 67 Opinião**  
**Controle Social e Gestão Participativa na Atenção Básica à Saúde das Populações**  
*Eduardo Stotz*

Estamos prestes a completar 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS). Isso, com certeza, merece grande comemoração. O SUS é uma importante conquista da sociedade, embora ainda haja muito a ser feito. Para isso, contamos com um elemento fundamental: a participação popular na tomada de decisões.

O SUS não veio sozinho. Quando foi concebido, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), já se previa que só seria possível construir um sistema dessa amplitude, com a participação efetiva da sociedade brasileira. E ela participou. O povo abraçou para si a possibilidade de ter um sistema de saúde que pudesse atender a todos de forma integral, universal e equânime.

Da mesma maneira, a sociedade brasileira reiterou sua determinação de exercer o controle sobre a gestão, não apenas de caráter fiscalizatório, mas para ter o poder de governar junto, desde a etapa de planejamento até o processo de avaliação de resultados. Isso chama-se Controle Social.

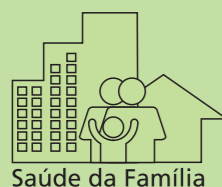
Este Controle Social é o que possibilita que a adoção de políticas públicas, e de ações como a estratégia Saúde da Família, não dependam somente da iniciativa do gestor. A sociedade tem a autonomia para também propor ações.

Este número especial da Revista Brasileira Saúde da Família trata disso, de experiências de cidades e comunidades que fazem diferença no exercício do Controle Social.

Em outubro passado, todos os estados do país realizaram Conferências Estaduais de Saúde, como acontece a cada quatro anos, com ampla participação de usuários, movimentos populares, gestores, profissionais de saúde e sociedade organizada.

A Revista publica informações sobre conferências do País, destacando as especificidades regionais e registra um sentimento comum: a vontade de lutar pelo desenvolvimento e ampliação do Sistema Único de Saúde.

### Ministério da Saúde



#### Departamento de Atenção Básica - DAB

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G"

Edifício Sede, Sala 655

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Telefones: (61) 3315-2497 – Fax: (61) 3226-4340

## Entrevista

### Antônio Alves de Souza

Secretário nacional de gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde

### Francisco Batista Júnior

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

### Ernesto Sales

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

### Tadeu Augusto Santana

Conselheiro estadual de Sergipe

Em sua edição especial a Revista Brasileira Saúde da Família conversa com pessoas que ajudam a fazer o Controle Social no Brasil, dentre elas o secretário nacional de gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde, Antonio Alves de Souza, o primeiro presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior e conselheiros que fazem um Sistema Único de Saúde mais forte.

#### Para que serve a conferência de saúde?

**Antonio Alves de Souza** • A conferência é o momento em que a população de cada município tem a oportunidade de debater os problemas locais, avaliar seu sistema de saúde, avaliar a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual; alguns fatores que estão fora do setor saúde, mas que determinam as condições de vida e de saúde das pessoas, como, por exemplo, a questão do transporte, da educação, meio-ambiente, saneamento básico, produção de alimentos e, inclusive, apresentar sugestões de como isso pode ser enfrentado.

#### Como são divididos os debates em nível municipal, estadual e nacional?

**Antonio** • Têm questões que a solução não está no município, que ele não tem capacidade para enfrentar e passa a ser responsabilidade do estado, e essa é a lógica da conferência. Questões de âmbito geral são levadas para a conferência estadual e discute-se a diretriz de política de saúde no âmbito do estado e aquilo que disser respeito ao âmbito nacional, vem para a etapa nacional.

#### Qual a importância das conferências municipais?

**Antonio** • O município que não fez a sua conferência não tem a possibilidade de encaminhar delegado para a etapa estadual e por sua vez não terá a oportunidade de participar da etapa nacional em Brasília. Além disso, este ano o Conselho Nacional de Saúde decidiu, como regra, a realização da etapa municipal, pois alguns municípios não se empenhavam em

fazer a sua conferência e se articulavam com outras prefeituras para fazer uma conferência única; nós avaliamos, no âmbito do CNS, que a realização de uma conferência municipal só traz benefícios para o município, é o momento que abre o debate mais amplo, fazendo pré-conferências por bairros, por distritos, até mesmo na área rural e dá a oportunidade para a população de se manifestar a respeito da política de saúde que está sendo implementada.

#### Qual o papel do conselho nas políticas públicas?

**Francisco** • É comum nós ouvirmos determinadas intervenções e queixas de que o conselho está extrapolando suas funções ou preocupações dos mais diversos setores de que não estamos cumprindo o nosso papel. Mas as pessoas ainda misturam um pouco o que é papel do conselho e o que é papel do gestor e, em relação às políticas de saúde, o conselho tem a tarefa de elaborar e deliberar sobre as mesmas. Aí você pode perguntar, mas isso não é tarefa do Ministério da Saúde? Do gestor? Sim, mas essa elaboração pode tranquilamente acontecer de forma concomitante.

#### Qual a importância dos conselhos locais ou conselhos gestores?

**Francisco** • Fundamental, quando falamos em controle social temos que entender que não podemos resumir a participação aos conselhos de saúde for-

mais; controle social é muito mais abrangente que isso, pois pode contemplar conselhos locais e conselhos gestores nos serviços de saúde. Essa radicalização na participação da comunidade é o caminho para que possamos ter o diagnóstico real da situação e a partir desse diagnóstico a definição de propostas que tenham efetivas condições de superar as dificuldades; em lugares onde esse processo acontece, o sistema funciona muito melhor.

#### O que é uma conferência de saúde e como ela se desenvolve?

**Francisco** • A Conferência Nacional de Saúde é o momento maior para o povo se manifestar em relação à política pública de saúde. Nas apresentações que estou fazendo pelo Brasil esse debate vem acontecendo, mas está aquém do que sempre esperamos de um produto concreto de uma conferência de saúde; mas só o fato de termos uma participação massiva a cada conferência nacional mostra claramente o impacto que isso representa. É interesse das pessoas virem participar do debate e direito delas intercederem.

Em relação a essa 13ª, muita gente, no começo de 2007, tinha dúvida sobre sua realização, eu nunca tive; havia muita gente achando que não tinha mobilização suficiente, que o pessoal estava muito parado, que corríamos o risco de fracassar. Enfim, houve por parte de setores importantes essa preocupação, eu nunca tive e aprendi que a cada realização de conferência nacional, nós começamos meio deva-

gar, mas depois as pessoas chegam e começam a fazer parte.

#### Na sua avaliação, como se dá a estratégia Saúde da Família?

**Ernesto Sales** • A estratégia Saúde da Família é uma das coisas mais revolucionárias dos últimos tempos, porque, dentre outras coisas, possibilitou que o cidadão receba o profissional de saúde dentro da casa dele e hoje este profissional que era distante pode ser visto de beco em beco. A estratégia criou uma relação muito importante que cura, às vezes, por si só.

Outro ponto importante é que ela permite mapear e diagnosticar a saúde da população brasileira de forma pormenorizada em todas as suas fases: do planejamento familiar, passando pelo pré-natal à saúde do idoso. Aqui em Fortaleza fizemos assembléia para saber onde o povo queria as Equipes de Saúde da Família e todos participaram ativamente; temos claro que a implantação de 300 ESF modificou o panorama da saúde.

**Tadeu Augusto** • A estratégia Saúde da Família veio suprir uma lacuna no Sistema Único de Saúde, principalmente porque passou a oferecer a atenção integrada à população brasileira ao inserir a Saúde Bucal. Até pouco tempo tínhamos 33 milhões de brasileiros que nunca haviam recebido nenhuma atenção e atendimento odontológicos e, desde a implantação da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família houve redução significativa de índices epidemiológicos, principalmente com cáries e doenças periodontais.

## Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário

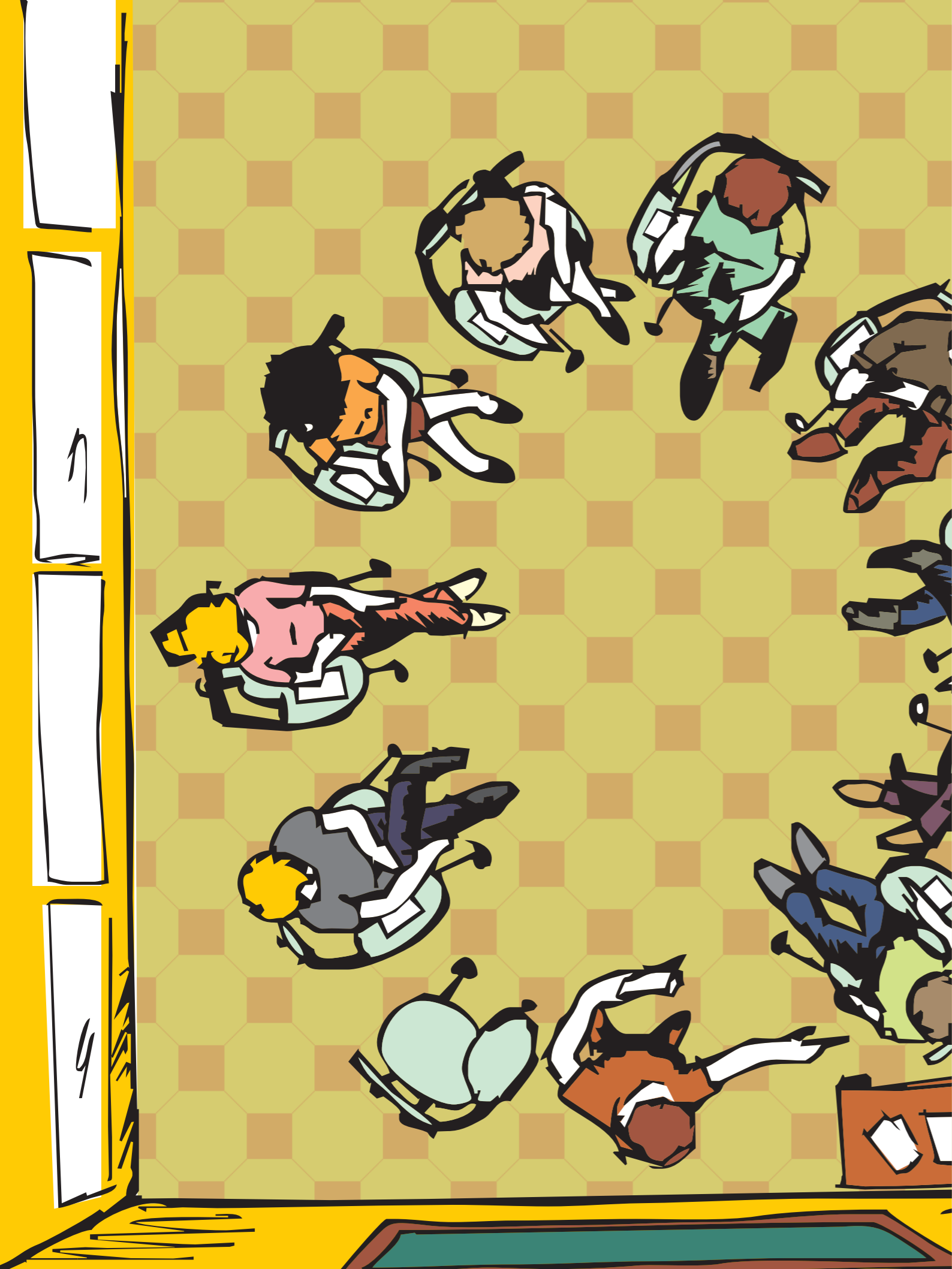
**José Ivo dos Santos Pedrosa**

Médico, doutor em Saúde Coletiva, professor adjunto da UFPI e coordenador geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social/Ministério da Saúde.

**Esdras Daniel dos Santos Pereira**

Farmacêutico, especialista em Gestão de Sistemas de Saúde e assessor técnico da coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social/Ministério da Saúde.

O artigo propõe uma reflexão a respeito das relações entre a Atenção Básica (AB) em Saúde e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Questiona o significado de controle social na atualidade, problematizando o processo, a constituição e o funcionamento dos Conselhos de Saúde (CS) como espaços instituídos do controle social e de comunicação com a população. Problematiza aspectos da AB em termos da representação que tem para a comunidade e a Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF) como ponto de encontro entre o movimento da população diante de suas condições de vida, dos trabalhadores e sua relação com os usuários e seu processo de trabalho e da atuação da própria unidade como cristalização da gestão da política de saúde. A análise deste campo aponta a inexistência de escuta dos problemas cotidianos vivenciados pelos usuários por parte dos conselhos de saúde, destes em relação aos problemas do território onde se inscreve a AB, dos trabalhadores em relação aos usuários e não valorização da UBS/SF como espaço de agregação, mobilização e educação. Diante dessa situação o artigo sugere o desenvolvimento de estratégias que objetivem o fortalecimento da gestão participativa, a formação de atores populares para atuarem na gestão social da política de saúde e a ampliação de espaços de acolhimento dos coletivos sociais.



**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**



**Introdução** • A movimentação política pela democratização do Brasil, ocorrida em pleno regime ditatorial nas décadas de 1970 e 1980, trazia fortemente o sentido da reorientação do Estado Brasileiro, sobretudo na retomada de direitos sociais e na reivindicação da democratização das instituições e do poder público. A despeito da pluralidade e heterogeneidade da sua composição e das diferentes matizes ideológicas dos projetos e reivindicações, apresentava como fator aglutinador a luta pelo fim do cerceamento das liberdades.

Os desdobramentos dos momentos que demarcam a passagem da intenção ao fato têm, como pano de fundo, a disputa entre projetos políticos distintos cuja divergência se expressa no choque entre a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado e a saúde como setor de mercado, base de sustentação do permanente (vigente) conflito entre o projeto neoliberal de minimização do Estado e o projeto societário de garantia dos direitos humanos fundamentais e da justiça social.

Um dos temas centrais de embates que se evidenciava no processo de construção dos marcos referenciais e legais da saúde, fazia referência explícita à inclusão da participação da comunidade como princípio basilar da reforma sanitária. Proposição afirmada no texto constitucional, radicalizando assim o ideário de controle social, concepção formulada no bloco político de condução do Movimento Sanitário, de inspiração socialista.

Dessa forma, o controle social na política pública de saúde seria exercido desde sua formulação e avaliação ao controle de gastos e contas, tendo o sentido de ampliar a participação da sociedade civil, qualificar a democracia e garantir o poder de influência da sociedade em todas as esferas de decisão do setor saúde, desde a gestão aos serviços e ações do sistema.

A radicalidade inicial, ainda que abalada por momentos conjunturais comprometedores do projeto político construído no Movimento Sanitário, aparece na Lei 8142/90, que apesar dos vetos e brechas para interpretações ambíguas, instituiu o controle social nos espaços das Conferências e Conselhos de Saúde.

Com a promulgação da Norma Operacional Básica do SUS - NOB/1991 (NOB/91), os Conselhos e Conferências passam a ser considerados requisitos básicos para o processo de transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os municípios, sendo responsáveis

por aspectos formais de avaliação e deliberação da política, a exemplo da necessidade de apresentação e aprovação do Plano Municipal de Saúde e a institucionalização dos fundos municipais de saúde.

Desde então, a implantação de Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para o exercício do controle social tem sido um rico processo de organização da sociedade civil, espaço de disputas entre projetos políticos conflitantes e de aprendizagem no sentido da eficácia democrática (Habermas, 1995). Atualmente, todos os 5.560 municípios brasileiros possuem CMS.

A institucionalização de espaços de controle social representa avanços incalculáveis na efetividade da participação social nas esferas de deliberação política. Considerando que a maioria dos municípios brasileiros apresenta população abaixo de 10 mil habitantes, entre estes, a maior parte representa recortes territoriais com centralização histórica do poder político, mergulhados em uma cultura oligárquica onde as relações sociais decorrem do pacto entre as forças patriarcais e escravagistas, aliadas às forças técnico-burocratas que têm impulsionado o desenvolvimento dependente, (NEGRI e COCCO, 2005), a existência de conselhos de saúde significa a possibilidade de ruptura com relações de poder baseadas no clientelismo.

Entretanto, após quase 18 anos de sua institucionalização, a efetividade do controle social tem gerado indagações, movimentos, organizações e debates em todo território nacional. Um dos grandes temas que orientam estas reflexões é o que expressa o título deste artigo, isto é: qual a relação entre o controle social e a atenção básica em saúde, considerando que cada município do país tem como responsabilidade sanitária, a produção organizada e eficiente de ações de AB?

A escolha da atenção básica à saúde como enfoque reflexivo se dá, não só por esta capilaridade ou por este espaço significar o foco (re) orientador do modelo de atenção à saúde no Brasil, mas sobretudo pela potencialidade de inovação que esta realidade apresenta, sendo cenário de inúmeras experiências exitosas de gestão, educação e de mobilização social.

Essa questão, na verdade, é tão somente a "ponta do iceberg" de onde partem outras como: quais são as principais questões que os conselhos discutem e deliberam? a Atenção Básica faz parte da agenda dos conselhos? quais os problemas que são colocados como questões? existem experiências em que os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) participam na definição, organização e avaliação dessas práticas? Além disso, considerando que os princípios e fundamentos dos Conselhos e Conferências encontram-se na participação popular, cabe refletir sobre a existência de outras formas de participação ativa da população no âmbito dos serviços de saúde. Existiriam outros espaços de interlocução entre unidades de saúde,

equipes de saúde e usuários na construção de práticas de saúde acolhedoras, humanizadas e humanizantes?

Esse debate torna-se ainda mais necessário, às vésperas da realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde que aponta para a necessidade de um olhar mais profundo, reflexivo e propositivo sobre a participação social, notadamente se a considerarmos como aspecto essencial na efetivação do direito humano à saúde no século XXI.

**1. Problematizando o Controle Social em Saúde •**

Concebido a partir do ideário político-ideológico do movimento da Reforma Sanitária à atual configuração de Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o controle social em saúde no Brasil, notadamente no cotidiano destes espaços, não é homogêneo em termos de significados no contexto das políticas públicas. Seu papel enquanto propiciador da participação da população nas decisões, sua atuação política enquanto orientador da gestão e suas condições de funcionamento e composição, embora existam leis, normas e regras para orientar sua organização, encontram as mais diversas configurações.

Essa característica múltipla e heterogênea dos conselhos de saúde implica em diferentes graus de efetividade do controle social; existem conselhos que atuam primordialmente como legitimadores das decisões dos gestores, outros cuja ação é centrada na fiscalização dos recursos públicos e outros, ainda, que se colocam no papel de protagonistas ativos na formulação de políticas.

Nesta perspectiva, a participação da população no controle social da política de saúde pode ser considerada sob duas concepções teóricas. A primeira, como sendo a forma com a qual os interesses organizados e debatidos publicamente definem como o coletivo deve agir e atuar em relação aos indivíduos, seja por meio do Estado Leviatã ou do Contrato Social (BOBBIO, 1990).

A segunda, que caracteriza as práticas de controle social como autônomas, realizadas no espaço público, descoladas das imposições do Estado e do Mercado, onde os indivíduos, a partir de suas ações, constroem o que deve ser a sociedade e qual deve ser a relação entre os cidadãos (HABERMAS, 1989).

Essas duas perspectivas apontam para três modalidades de práticas de controle social que têm se manifestado desde a institucionalização dos conselhos em 1990: as que são orientadas para a formação da vontade política dos atores sociais que participam das arenas do campo da saúde; as que estão direcionadas ao controle do poder administrativo do Estado; e práticas que visam subordinar os valores de mercado, de produção e consumo de serviços de saúde aos valores de autonomia, integralidade e dignidade que representam a vida (PEDROSA, 1997).

**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**

A despeito de toda discussão sobre a importância, o papel e a composição paritária entre os segmentos de sociedade civil – trabalhadores, gestores e prestadores de serviços – a existência de conselhos de saúde nas instâncias de gestão do sistema tornou-se condição *sine qua non* para a descentralização político-gerencial e financeira preconizada desde a NOB-91.

Essa situação, se por um lado representa a obrigatoriedade institucional de participação da sociedade na política de saúde; por outro lado, pode ter contribuído para esvaziar e distanciar-se da prática dos conselhos os princípios político-ideológicos da democracia participativa, que se apóia em uma ampla representação social. Na prática, isso significa restringir seu papel a mero elemento da burocracia que compõe a estrutura do sistema de saúde nos três níveis de gestão, pois como afirma GUIZARD e PINHEIRO (2006) a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas que constituem e atravessam o sistema de saúde.

O fato é que existem críticas à atuação dos conselhos em vários aspectos. Como exemplo, CÔRTEZ (2001) diz que os *Conselhos e Conferências deixaram de ser espaços de mediação de projetos conflitantes, sendo este espaço representado atualmente pelos gabinetes dos gestores públicos de saúde; inversão de papéis entre gestores e conselhos, sendo aos primeiros a função de controladores da execução da política e aos conselhos o papel de gerência, comprometendo seu caráter deliberativo ao envolver-se em atividades gerenciais; redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser restrita a atuação do Poder Executivo; desconhecimento da legislação do SUS por grande parte da população, movimentos sociais e até mesmo por conselheiros; e apesar de algumas iniciativas de capacitação de conselheiros, não se observa um efeito multiplicador.*

SILVA (2004), discutindo os processos decisórios nas instâncias colegiadas no SUS – Conselhos de Saúde e Comissões Intergestoras – faz uma revisão bibliográfica sobre o funcionamento do conselho de saúde, em um estado do sudeste brasileiro, no qual ressalta a dificuldade de acesso às atas das reuniões, a baixa qualidade informacional das atas disponíveis, a ausência de divulgação das atividades dos conselhos, a insuficiência de verbas para seu funcionamento e a não-homologação das deliberações tomadas em plenária.



Apesar dessa situação se mostrar emblemática no cenário brasileiro, ACIOLE (2003) considera a possibilidade dos conselhos se constituírem de modo autônomo, apesar de suas origens institucionais, rompendo os limites e obstáculos à sua plenitude de ação e adquirindo um caráter de transversalidade. Para tanto é necessário sua transformação em agente atuante, ocupando espaços institucionais, espaço político nos meios de comunicação, nas esferas políticas do legislativo e judiciário, propondo e realizando alternativas para as políticas governamentais.

Essa possibilidade de superar o “papel instituído” de espaço de exercício de controle social, pode ser observada na situação dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), a partir de dados obtidos do PARTICIPANETSUS, importante instrumento desenvolvido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde que visa auxiliar o desenvolvimento de políticas e ações para o fortalecimento do controle social a partir do conhecimento das realidades dos conselhos de saúde<sup>1</sup>.

Os indicadores utilizados por esse sistema são: índice de autonomia dos conselhos, democratização dos conselhos, estrutura física e equipamentos, gestão dos conselhos e índice de pleno funcionamento. É interessante notar que, de maneira geral, mais de 50% dos CES do país, apresentam situação positiva em relação a todos os indicadores utilizados na avaliação, o que faz supor certo grau de efetividade do controle social em saúde nos estados.

Entretanto, existem algumas situações que revelam contradições e diferenças, como o presidente ser eleito so-

mente em 22% dos CES e 52% apresentarem Mesa Diretora. Salienta-se que nos CES que têm Mesa Diretora, em 93% seus componentes foram apontados em plenário, embora a paridade praticamente não seja observada.

Um dado que chama atenção é o percentual de 37% dos CES que ainda não dispõem de orçamento próprio, o que dificulta, ou mesmo inviabiliza, qualquer tentativa de desenvolvimento de gestão autônoma, embora se encontre entre os 63% (17) CES que dispõem de orçamento, 70,58% que elaboram e 52,9% que gerenciam seus recursos.

Observa-se que não existe uma articulação concreta entre os CES e órgãos da administração pública voltados para o cumprimento dos direitos do cidadão, como nos casos da ação diante de resoluções não cumpridas, embora 96% dos CES tenham informado articulação com o Ministério Público.

Em termos de infra-estrutura, os CES apresentam situação bastante favorável: 78% têm sede avaliada como boa, e ótima por 74,1% dos CES, ainda que 90% destas sejam cedidas pelo poder público estadual.

Cem por cento possuem linha telefônica, sendo que 96% têm acesso à internet, o que abre muitas possibilidades para o desenvolvimento de processos de comunicação e educação a distância, tanto no que diz respeito à informações que subsidiem as decisões, como em relação a processos de capacitação.

SILVA (2007), utilizando dados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde (CNCS), coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>2</sup> aponta os temas e as pautas das reuniões e objetos de resoluções, descritos no quadro a seguir:

PLANO DE SAÚDE	REFORMULAÇÃO/REORGANIZAÇÃO/ REESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE
Orçamento da Saúde	Regimento Interno dos Conselhos de Saúde
Planos de Aplicação dos Recursos da Saúde	Convênios
Prestação de Contas	Controle de endemias
Avaliação de Políticas e Programas de Saúde	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
Relatórios de Gestão	Aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos
Política de Assistência Farmacêutica	Programa de Saúde do Trabalhador
Farmácia Básica	Política de Comunicação
Conferências de Saúde	Código de Saúde
Capacitação de Conselheiros	Contratação dos Profissionais de Saúde

1 - Disponível no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>

2 - O CNCS é um instrumento que utiliza a internet para a atualização dos dados dos conselhos de saúde e disponibiliza essas informações para livre consulta da sociedade. Disponível no site: <http://portal.saude.gov.br/>



**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**

No elenco de temas, observa-se uma enorme variedade, que certamente encontra-se relacionado às características de cada realidade e da relação cotidiana do usuário com os serviços e com a gestão do SUS. Entretanto, tais informações apontam para o fato do cotidiano dos serviços, e consequentemente a dinâmica da AB, não fazerem parte da agenda dos conselhos ou estarem diluídas em temas gerais da política, organização e gestão dos serviços. Há que considerar que o tema – contratação de profissionais – parece ser o ponto nevrálgico das discussões que contemplam a AB haja vista que na atualidade ainda permanecem relações precárias de trabalho e não observação das regras pactuadas.

FACCHINI E COL (2007), avaliando o desenho da estratégia Saúde da Família no Sul e no Nordeste do Brasil, observam que reuniões com a coordenação do distrito da UBS, com o CMS, produção de relatórios de gestão e acompanhamento dos recursos programados foram as práticas de gestão mais referidas para o Sul, enquanto que no Nordeste essas práticas foram oficinas de trabalho, cursos de capacitação, educação permanente e reuniões com o CMS. Nos municípios a Atenção Básica entra na pauta de discussão dos Conselhos Municipais por meio das questões relativas à contratação de profissionais, ampliação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e inclusão do odontólogo.

No segmento dos trabalhadores de saúde, a questão central na Atenção Básica é a precarização das relações e condições de trabalho, principalmente por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que discutem sobre as formas de contratação. Por parte dos usuários, a Atenção Básica torna-se questão de debate pela ausência ou ineficiência dos serviços e o não cumprimento dos horários dos profissionais.

**2. O Cuidado à saúde na pauta dos movimentos populares** • Na perspectiva de compreender por onde passa a discussão dos serviços de saúde nos coletivos populares, utiliza-se, neste artigo, fragmentos do Relatório do I Encontro Nacional da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps).

Essa articulação possui o desafio da elaboração de uma agenda comum entre as entidades que atuam na área de educação popular e saúde no Brasil que vem se estruturando, desde julho de 2003, na perspectiva de articular e apoiar os movimentos e práticas de educação popular e saúde, desen-

volvendo processos formativos dialógicos e reflexivos a partir da práxis e construindo referências para o fortalecimento da participação popular na formulação, gestão e controle social das políticas públicas.

*“Os encontros estaduais possibilitaram dar visibilidade e reconhecimento político às experiências dos pequenos movimentos, organizações não-governamentais (ONGs), práticas comunitárias, atuação de grupos universitários ou de serviços no nível local que dão importância, neste trabalho, ao conhecimento e ao saber dos usuários e seus familiares, da população a fim de levar esse processo ao conhecimento dos conselhos de saúde. Por isso mesmo fomos participando das conferências de saúde dando aos nossos encontros também o nome de conferências temáticas de Educação Popular e Saúde. Aliás, é nesta medida que podemos ajudar na participação popular capaz de transformar o controle social, até aqui restrito ao aumento da cobertura e à luta contra a precariedade dos serviços de saúde. As experiências não institucionalizadas dos movimentos, ONGs etc. vão além da assistência, preocupam-se com a saúde das pessoas e mostram outras formas de pensar e promover a saúde. São experiências que apontam para os condicionantes da saúde e da doença da população e, ao mesmo tempo, para a necessidade de novas formas de cuidar da saúde dela”. (Aneps, 2005, p.7 e 8).*

Existe, portanto, uma ação voltada para o reconhecimento e ampliação da visibilidade a respeito das práticas populares de educação e saúde, promovendo o intercâmbio entre elas e estabelecendo um diálogo com as instituições e serviços que atuam na atenção e na formação em saúde, na perspectiva de incorporá-las ao SUS, contribuindo, assim, para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente.

Na perspectiva dos movimentos populares, o espaço para a discussão dos serviços de saúde é o da própria comunidade, o território onde ocorre o cruzamento dos movimentos dos sujeitos da vida (usuários) e dos sujeitos das práticas de saúde sendo a UBS/SF o espaço agregador dessas dimensões, haja vista as reivindicações apontadas:

- Ampliar as equipes do PACS/SF;
- Lutar pela capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento humanizado na atenção à saúde em todos os serviços: na qualidade do atendimento; na relação do profissional e usuário; na sobrecarga de tra-

balho profissional; na criação de vínculos e no resgate da cidadania;

- Capacitar as equipes multiprofissionais (saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos) na perspectiva da Educação Popular e Saúde contribuindo com a mudança do modelo assistencial;
- Capacitar os profissionais de saúde e educação sobre questões de gênero e sexualidade em parceria com entidades da sociedade civil, que já trabalham essas temáticas;
- Dar credibilidade tanto aos serviços de ações básicas como aos serviços públicos de saúde;
- Defender o SUS sem desvalorizar as práticas populares nas escolas, academias, serviços etc.;
- Defender que usuários da saúde tenham garantia de escolher o tratamento, seja tradicional ou complementar;
- Estimular a construção de parcerias entre estratégia Saúde da Família/SUS e movimentos e práticas de educação popular em saúde (ANEPS. 2005).

Nesse território emergem as preocupações da população que se transformam em proposições a serem debatidas com as equipes de saúde na perspectiva da construção de conhecimentos e práticas compartilhados, que dizem respeito à saúde do adolescente, violência, saúde do idoso, práticas complementares, formação em educação popular e saúde, articulação das manifestações artísticas e práticas de saúde.

**3. O espaço da Unidade Básica de Saúde e suas potencialidades** • A estratégia Saúde da Família avançou de maneira significativa na promoção da saúde em espaços comunitários e hoje é uma referência para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Na maioria das vezes, a UBS/SF significa para a comunidade o único equipamento social existente, com serviço disponível ao público e acessível de forma gratuita, ou seja, é a única representação e presença do Estado como garantidor dos direitos sociais que a população reconhece.

Ao refletir sobre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e espaços onde a atenção básica em saúde se concretiza é fundamental um olhar sobre a dinâmica social, política e cultural que movimenta esses territórios.



**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**

É preciso compreender que o serviço de saúde só concretiza sua missão quando está integrado à vida que o cerca. BOTAZZO (1999) afirma que *"a exclusão está disseminada pelo interior da malha social e é ela que circunda e penetra a unidade básica onde quer que esta se localize"*. Assim, os referenciais teóricos, as normas e técnicas de organização e planejamento dos serviços somente serão transformados em práticas resolutoras se considerarem os determinantes e condicionantes da saúde que permeiam a vida em comunidade.

Segundo VIANNA e FAUSTO (2005) a Atenção Básica em Saúde como modelo de organização dos serviços e as UBS particularmente, sofrem questionamentos a respeito de sua eficácia nos atuais problemas de saúde da população brasileira. Em algumas localidades como as grandes cidades, os problemas de saúde que se apresentam com maior frequência são as doenças cardiovasculares, neoplasias, violência, acidentes de trânsito etc. A atenção primária como ação restrita e, muitas vezes, desconectada dos outros níveis de atenção não contempla essa complexidade de problemas e conseqüentemente, não remete a resultados positivos na qualidade de vida das pessoas" (p. 160).

Nos pequenos municípios e localidades próximas aos grandes centros urbanos, a antiga dinâmica comunitária de convívio e afeto deu lugar à lógica de "comunidades dormitório" dada a configuração desses locais ser feita em dependência da distância entre os aglomerados residenciais e os postos de trabalho, gerando desde problemas gerenciais entre municípios de fronteiras até o sentido de não pertencimento da comunidade.

Há ainda a realidade das populações camponesas, dos ribeirinhos, das comunidades indígenas e de tantas outras formas de organização comunitária, que representam um outro contexto onde predominam relações sociais de exploração e de lutas e mobilização por parte dos movimentos sociais.

No espaço comunitário, diversas práticas de cuidado em saúde, envolvendo as religiosas, saberes e fazeres tradicionais significam muitas vezes, além do único acolhimento e cuidado disponíveis, práticas que afirmam e reforçam a identidade comunitária.

Também é no âmbito da comunidade, que se organizam e se resolvem questões que suscitam a constituição de redes de apoio e solidariedade em torno do cuidado de crianças e



idosos, segurança, cooperação e outras necessidades que não encontram respostas nos órgãos públicos.

BOTAZZO (1999) reconhece essa questão ao afirmar que são as necessidades que se fazem evidentes no discurso popular, mas que são invisíveis para os formuladores de política: *"... o discurso popular que brota e que é constituidor – ele também – do processo saúde-doença como um produto social, mais especificamente produto das condições nas quais se trabalha e se vive, não só referidas aos aspectos materiais imediatos desse viver social, mas também aos aspectos psíquicos, às fantasias ou ao imaginário, ou mesmo aos aspectos vinculados às práticas cotidianas e às práticas de prazer"*.

O espaço da unidade de saúde pode se configurar como centro de mobilização, informação, cultura e lazer para estas populações. Ao invés da restrição de acesso à doença é preciso que estas unidades se configurem como irradiadores de saúde. Promover o encontro entre as práticas de saúde tradicionais e científicas, ampliar a estrutura das unidades para práticas esportivas e outras práticas terapêuticas e utilizar esse espaço para práticas de educação e expressão cultural de crianças e jovens é um passo fundamental na efetivação da saúde integral.

A unidade de saúde pode funcionar como catalisador da efetivação da cidadania. Pode ali expressar a importância do indivíduo e sua participação na melhoria coletiva da comunidade. Uma unidade de saúde onde a gestão participativa acontece é capaz de desencadear novas práticas de controle social, menos burocratizadas e mais afinadas com a realidade da população que a demanda.

**4.Perspectivas •** A Atenção Básica no âmbito do SUS, por sua dimensão em termos de cobertura e pela riqueza das possibilidades de alavancar as necessárias mudanças na base do sistema de atenção à saúde – na ponta do sistema – tem sido tema recorrente desde debates políticos, produções acadêmicas a reivindicações de movimentos e organizações sociais populares, principalmente em torno da estratégia Saúde da Família.

A capilaridade com que a estratégia se apresenta atualmente no Brasil coloca para reflexão uma imagem que representa a encruzilhada de dois movimentos fundamentais para entender a relação entre a comunidade e os serviços.

O primeiro movimento é o do coletivo em direção ao desejo intrínseco de bem viver; é o movimento do mundo da vida que determina as condições de saúde e de adoecimento, gerando, portanto, necessidades. O segundo é o movimento institucional, ou seja, as respostas do Estado diante das necessidades que se materializam nos serviços de saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família o ponto onde ocorre o encontro desses movimentos.

É o encontro entre o Desejo considerado como impulso do gozo e do prazer e o interesse como a necessidade de reprodução biológica e social das pessoas, no dizer de Campos (2003).

É um encontro entre diferenças e, no caso da Saúde da Família, as diferenças se evidenciam porque afirmam campos de saber e poder distintos: saber popular/científico; regras burocráticas/necessidades, sofrimento/normatividade; poder/sensibilidade. Mas, diante da inevitabilidade do encontro, é imprescindível transformar este momento em um "entre-espaços", "fimbrias", "brechas", tornando possível o diálogo e a diluição do poder institucional (PEDROSA, 2007).

Nesse sentido os protagonistas do encontro, são por excelência os gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Entretanto, a interlocução existente é permeada por ruídos, estes também produzidos pela objetividade com que as necessidades do cotidiano se impõem, de modo que a relação entre controle social e Atenção Básica acontece no plano da formalidade político-institucional e no plano das reclamações e denúncias da população.

Ainda persiste como matriz das relações da comunidade com a Equipe de Saúde da Família o conflito entre os modos de definir saúde na "cultura sanitária" e na "cultura popular". A base desse conflito encontra-se na questão de como a cultura sanitária regula conhecimentos e práticas da cultura popular e na possibilidade de instituir novas formas de cuidar da saúde.

A relação que se estabelece entre o usuário, o profissional e a própria unidade de saúde parece não fazer parte do elenco de discussões por parte do controle social exercido pelos conselhos de saúde locais ou distritais, excluindo, como comentado antes, os casos de reclamações e denúncias de maus serviços.

Nessa linha de raciocínio surgem interrogações: onde e como a comunidade discute seus problemas, apresenta

**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**

soluções e propõe alternativas? A ESF e a Unidade de Saúde têm agido como dispositivo para promover a mobilização e o fortalecimento do controle social? Não existem espaços coletivos organizados (e nem tão organizados assim) onde a população exerça sua alteridade? Se existem tais coletivos qual a comunicação que se estabelece entre estes e os conselhos de saúde?

Do ponto de vista da gestão municipal as questões que surgem na e da dinâmica da micro-política do processo e das relações de trabalho não se colocam no mesmo nível de prioridade de temas como financiamento, programação pactuada e integrada etc.

Para a gerência da unidade da saúde, elemento vivo que simboliza o sistema, resta o papel de traduzir as demandas e necessidades em ações que serão desenvolvidas e traduzir as regras e normas institucionais para a dinâmica da população. Entretanto, acredita-se que por trás dessa aparente situação de não diálogo, de imobilidade e passividade existe a possibilidade do protagonismo na formulação da política de saúde, ou seja, a possibilidade de colocar na pauta política o cuidado em saúde em todas as dimensões.

É, portanto, na perspectiva de transformar a possibilidade em potência para modificar o modelo assistencial, reconstruir práticas e saberes e diminuir o descolamento entre conselhos e comunidade que se encontram as perspectivas para o SUS Participativo e Comunicativo.

Perspectivas que devem guardar a capacidade de incidir no ponto de encontro da encruzilhada (a unidade de saúde) e irradiar para o território, podendo ser percebidas no fortalecimento da gestão participativa, nos processos de formação de atores para o controle social e na mobilização popular.

Entende-se como gestão participativa o compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentamento aos determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença, em interlocução, do conjunto dos atores que atuam no campo da saúde. Processos que se realizam nos serviços, em que o sentido das ações volta-se para a promoção do bem viver do modo de vida; e, no encontro com sujeitos de novos saberes e práticas de saúde, que acontece nos movimentos sociais que apresentam propostas e projetos políticos que ressignificam o direito à saúde, na luta pela inclusão social.

Sob esta ótica, o fortalecimento da gestão participativa no SUS envolve ações de comunicação e de informação



em saúde, com potência para desencadear a mobilização social; fundamentar o relacionamento com o Ministério Público e com o Poder Legislativo, no que tange à saúde; e possibilitar a criação e/ou consolidação de instrumentos para a ação participativa dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil.

Para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve considerar o que emerge dos espaços coletivos, das rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada; o desenvolvimento da atenção integral à saúde, entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde; e o fortalecimento do controle social.

A imprescindível participação de atores como conselheiros de saúde, que se qualificam para exercer este papel no debate e na negociação entre os diferentes interesses que permeiam o setor saúde, na maneira de organizar o sistema e no acompanhamento da política formulada, não prescindem da necessidade de identificar os espaços singulares onde se desenvolve a clínica e onde se tomam decisões sobre o cuidado, como fundamentais para ampliar o protagonismo da população e construir modos democráticos e culturas ampliadas de gestão participativa.

Atuar na perspectiva da gestão participativa e da apropriação do direito à saúde encontra-se intimamente relacionado ao grau de participação da sociedade na definição e realização dos direitos de cidadania. Depende, em boa medida, da cultura de participação que se cria tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais que ocorrem na internalidade do sistema de saúde.

Neste sentido, para o SUS tomado como uma complexa rede de operações para a produção de ações de saúde, nas instâncias federal, estaduais e municipais, estratégias voltadas para a efetividade da participação popular e do controle social na saúde e da gestão participativa no SUS, vêm sendo construídas nos:

- a) "Mecanismos institucionalizados de controle social, representado pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, envolvendo os vários segmentos da sociedade civil e do governo;
- b) Processos participativos de gestão integrando a dinâmica de cada instituição e órgão do SUS, nas três esferas

de governo, tais como conselhos gestores, mesas de negociação, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente, entre outros;

- c) Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos sociais na luta pelo SUS e pelo direito à saúde ampliando espaços de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos sociais;
- d) Mecanismos de escuta da população, de suas demandas e opiniões identificadas pelas ouvidorias no SUS;
- e) Processos de educação permanente e popular em saúde que se desenvolvem no diálogo entre trabalhadores de saúde nos processos de trabalho em saúde, bem como na relação que se estabelece com movimentos sociais e práticas de educação popular em saúde;
- f) As experiências de intersetorialidade de ações entre diferentes setores governamentais e na sua relação com instituições da sociedade civil;
- g) Mecanismos de monitoramento, avaliação, auditoria e prestação de contas que constroem uma cultura de transparência das ações e recursos da saúde;
- h) Nas ações articuladas entre os poderes executivo, legislativo e judiciário fortalecendo a garantia do direito à saúde de todos os cidadãos". (Brasil/MS, 2006).

Uma das estratégias para o fortalecimento da gestão participativa encontra-se na consolidação de espaços de interlocução entre usuários e serviços com bases de representatividade e poder deliberativo como os Conselhos de Gestão Participativa (CGP). Os Conselhos de Gestão Participativa devem integrar uma rede dinâmica e articulada dos coletivos sociais existentes em muitos lugares como Conselhos Locais, Regionais e outros.

A proposta dos CGPs considera a participação de gestores, usuários e trabalhadores no processo de produção, gestão e gerenciamento das ações de saúde, ou seja, nas Unidades de Saúde, que passam a se tornar, além disso, o centro de decisões em seu território e de acordo com sua competência, em que o poder de decidir é compartilhado com os atores implicados na produção de saúde.

Entretanto, a abertura de canais de diálogo e de interlocução entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde no

**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**



arcabouço institucional do SUS, incluindo comitês gestores, consulta pública, gestão colegiada e outros dispositivos, por si só, não significa a participação legítima e deliberativa da população.

Elementos da cultura social e política dominante na sociedade brasileira que se reproduzem na cultura organizacional que orienta a produção de ações de saúde nas UBS/SF, mostram-se evidentes nos modos como o usuário se relaciona com o serviço: consumidor de procedimentos terapêuticos e cidadão de direitos e deveres, sendo um destes participar do controle social na política de saúde.

A relação da equipe de saúde com a comunidade é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa como modelo de Atenção Básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de promoção e prevenção e a comunidade, segmento de excluídos sociais que apresenta precárias condições de vida e saúde e demanda consumo de serviços e ações de maneira emergencial e imediata.

Neste confronto, para os profissionais de maneira geral, a comunidade aparece como um aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis, sendo sua intervenção necessária e imprescindível, demonstrando que em sua atuação esses técnicos legitimam muito mais a instituição reprodutora desse saber que seu papel de sujeito social (Pedrosa, 2001).

Esta é a matriz na qual são produzidos os discursos e definidas as posições que caracterizam o diálogo entre a UBS/SF e a população. De um lado coloca-se o sujeito salvador, que guarda a possibilidade de utilizar recursos (de poder) que podem solucionar o problema. Do outro, os sujeitos vitimados, demandantes, excluídos socialmente, que possuem uma representação da UBS e da equipe de profissionais como a possibilidade de resolução de todo seu sofrimento.

Além disso, os Conselhos de Saúde, notadamente a representação dos usuários, não desenvolvem o papel de mediação pedagógica entre os sujeitos, resultando na não "escuta" das reclamações da população, que passam ao largo das questões temas das deliberações políticas dos Conselhos.

É interessante ressaltar que, "enquanto instância de poder, os conselhos se tornam freqüentemente, alvos de disputas político-partidárias e, ocupados por militantes partidários, os conselhos se transformam em uma arena de embate de forças que nem sempre conseguem separar claramente o

interesse partidário do interesse público de saúde" (Oliveira, 2007). E, nesses casos, os problemas que surgem da relação da população, que se apresenta capturada pelas estratégias de sobrevivência e os problemas cotidianos de adoecimento, com a UBS e a equipe de saúde, que se apresentam como cristalização do saber e do poder institucional, não fazem parte da pauta de discussão política.

Em síntese, observa-se um descompasso nos movimentos desses atores: os profissionais voltados para si mesmos fortalecendo-se no uso de tecnologias de eficiência imediata na tentativa de responder ao que lhe é solicitado, a população desorganizada que de maneira objetiva disputa individualmente o acesso aos serviços, e o conselho e seus conselheiros que têm seus interesses voltados para outras questões.

Neste cenário de contradições comunicacionais (Oliveira e Moraes 2007) sugerem que uma das estratégias de empoderamento da população na luta por saúde encontra-se no acesso e na apropriação de informações em saúde, "em linguagem adequada, que desnudem/descortinem os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos em suas localidades de moradia e de trabalho" (p. 19).

Dessa forma, a comunicação como expressão da educação em saúde voltada para a promoção da saúde exige o trabalho de produção de informações comunicantes, ou seja, informações capazes de construir (gerar ou evidenciar) elementos para que a comunicação e adesão ao projeto da promoção da saúde se concretize. É o trabalho de produção de novos sentidos que atinge os espaços coletivos, desde a cozinha da casa onde as diversas culturas se mantêm vivas nas receitas culinárias, à sala, por meio da mídia. Os conteúdos das mensagens a serem produzidas estariam voltados para a construção de um significado de saúde onde os indivíduos se redescobrissem como parte da realidade com potencialidade de se movimentarem em outra direção.

No plano mais geral, ou seja, no âmbito do território de abrangência da UBS/SF é possível reconstruir o conceito de integralidade das práticas de saúde em dois sentidos: o cuidado e a concepção ampliada de saúde.

Para Mattos (2001) considerar a integralidade como princípio orientador dos serviços, da organização das políticas ou do trabalho em saúde, "implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo" (p.61). Para o autor, na organiza-

ção dos serviços orientada pela integralidade é necessária a ampliação da percepção a respeito das necessidades dos grupos e o questionamento a respeito da melhor maneira de satisfazê-las, considerando que tais necessidades não se reduzem àquelas que podem ser decifradas por uma única disciplina como a epidemiologia ou a clínica.

No sentido do cuidado a integralidade pressupõe a articulação entre saber popular e científico, práticas tradicionais e modernas, profissionais de saúde e agentes não-formais que ampliam e complementam o repertório de possibilidades terapêuticas que não se limitam a intervenções pontuais sobre a doença, mas uma relação contínua em que os atos de cuidado são negociados e compartilhados.

Pressupõe, ainda, a continuidade entre os "espaços de cura", ou seja, a UBS e o próprio território do qual fazem parte as casas, as igrejas, as escolas e os coletivos sociais, permitindo a confluência de tecnologias leves presentes nas práticas técnicas e nas populares.

A concepção ampliada de saúde requer a desconstrução dos contínuos e sucessivos agenciamentos por meio dos quais são produzidas subjetividades que afirmam a superação da doença e da morte por meio de tecnologias duras, externas ao indivíduo e ao corpo, em que a saúde é a expressão do consumo de atos, serviços, medicamentos, receitas etc.

Ao mesmo tempo é necessário que a discussão acerca dos determinantes e condicionantes da saúde possibilite a identificação daqueles passíveis de enfrentamento desde o nível local ao nacional. A construção coletiva de projetos de intervenção representa momentos de interação entre equipe de saúde e comunidade, de aprendizagem política e de convivência com as diferenças.

Identificar e fazer o mapeamento dos equipamentos sociais disponíveis no território integrando-os a redes de proteção social representa a intersectorialidade que se objetiva na potencialização das políticas públicas existentes.

A implantação do Pacto pela Saúde, compromisso dos gestores do SUS, nas três esferas de governo, mostra-se como um importante instrumento de gestão e controle social, na medida em que explicita a responsabilidade de cada ente federado em termos de objetivos e metas.

O Pacto pela Saúde, notadamente o componente do Pacto pela Vida, traz o compromisso de enfrentar as situações que afetam as populações mais fragilizadas, promovendo novos

**Opinião:**  
**Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário**

conhecimentos e utilizando conhecimentos e técnicas já existentes na prevenção e controle de certas doenças, visando, assim, à melhoria das condições de saúde da população.

O Pacto pela Vida prioriza a promoção da saúde, o cuidado dos idosos, redução das mortes por câncer de colo de útero e mama, redução da mortalidade materna e infantil, controle de endemias e doenças emergentes, além da ampliação e qualificação da Atenção Básica em saúde. Sua discussão com a comunidade representa importante estratégia para agregar a população e grupos em torno da problematização de suas condições de saúde e para promover a mobilização da comunidade no sentido de suas necessidades serem incluídas como prioridades da gestão do SUS em determinado local.

No plano institucional, o diálogo entre controle social e Atenção Básica tem por base as questões da AB que fazem parte da agenda da política de saúde e os efeitos da política no fortalecimento e qualificação da Atenção Básica.

A educação permanente para o controle social, política apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde, compreende o envolvimento de conselheiros e atores sociais que atuam nos movimentos da sociedade civil nos processos de formação. Isso significa a possibilidade de transformar as necessidades da comunidade em demandas objetivamente formuladas que são apresentadas como problemas a serem resolvidos no plano político-gerencial.

Ao mesmo tempo possibilita a vivência para os conselheiros do papel de educador, qual seja, aquele que contribui para a transformação dos ruídos, incômodos, iniquidades e insatisfações em problemas que suscitam debates a respeito de suas determinações e de seus enfrentamentos.

Preconiza também que a formação inclua momentos mais ampliados permitindo aprofundamento de temas comuns aos conselhos de direito, como desigualdade social, equidade, democracia participativa, direitos humanos e outros, no sentido de construir políticas públicas saudáveis, intersetoriais, voltadas para a qualidade de vida.

No plano mais singular, aqui considerado como o lugar onde acontecem as práticas de Atenção Básica, o encontro com a população acontece de duas maneiras. Uma, direcionada pela emergência da doença que resulta na disputa pelo acesso a práticas individuais. É o momento crítico da relação em que o acolhimento é de fundamental importância, dado



que a busca orientada pelo “sentir-se mal – a doença” revela uma situação que envolve um estado de extrema expropriação – o sujeito que sofre – e uma rede de micropoderes, onde a recepção/triagem é o primeiro elo. É integrando os atos de cuidado que a UBS/SF disponibiliza que a política de saúde se materializa, por meio dos programas de assistência farmacêutica, odontológica, saúde mental, idoso, adolescentes, saúde e direitos sexuais reprodutivos e vários outros que articulam os gestores federal, estaduais e municipais. Nesse sentido, a UBS/SF deve propiciar momentos de educação permanente para a equipe de saúde com o objetivo de problematizar o processo de trabalho diante da política e de suas regras, permitindo a recriação de tecnologias para práticas mais eficazes.

Outra é a relação que se baseia no vínculo construído entre a UBS/SF e os usuários por meio das práticas de educação em saúde que desenvolvem com os grupos de apoio a mulheres, diabéticos, hipertensos, adolescentes etc. É o momento em que a ampliação das rodas de conversas pode carrear a temática da saúde para todo o território e caminhar na direção da “politização do SUS”.

É no âmbito da UBS que acontecem experiências como avaliação dos serviços prestados realizada pelos usuários, rodas de discussão sobre o sistema de saúde, cursos comunitários sobre direito à saúde, encontros de educação popular em saúde, produção de material informativo sobre a saúde no território pelos profissionais e usuários, pesquisas populares sobre a representatividade dos usuários nos conselhos, constituição de grupos de apoio para o cuidado aos idosos, amamentação e vítimas de violência e tantas outras inovações voltadas para a integralidade do cuidado (UFSCar, 2007).

**5. Considerações** • A discussão a respeito das relações entre Atenção Básica e controle social afirma que suas bases encontram-se nos modos e no grau com que a população participa da política de saúde. Tal afirmação implica em redimensionar a imagem de controle social associada exclusivamente aos conselhos de saúde e projetar para a sociedade o exercício desse direito incluindo a esfera do cotidiano das relações entre usuário, unidade de saúde e profissionais.

Questões históricas, culturais e políticas interferem decisivamente no papel dos conselhos de saúde na efetividade

do exercício do controle social, sendo uma das principais a maneira como a população participa em espaços instituídos como conselhos, associações, sindicatos etc. e nos coletivos sociais informais, não institucionalizados.

Para evidenciar alguns fatores que se fazem presentes na discussão é necessário, também, redirecionar o olhar para a dimensão na qual a saúde se objetiva no encontro entre usuários e UBS/SF com suas equipes de saúde.

A construção histórica da idéia de controle social e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, desde sua formalização pela Lei 8.142, de 1990, apesar de significar uma inigualável conquista da sociedade brasileira, têm apontado questões que incluem desde sua composição e autonomia à legitimidade da representatividade de seus componentes e às práticas de discussão e negociação políticas.

A Atenção Básica em Saúde (ABS) reconhecida base do sistema de saúde brasileiro, desde sua implantação no SUS também apresenta problemas políticos e gerenciais que definem a qualidade da atenção prestada.

Na dimensão do município, do território e da unidade de saúde ganha distintos significados dados pela objetividade com que os atores que circulam nesse campo apresentam, os usuários constroem o discurso da negação e falta de serviços, os profissionais se identificam nas condições de trabalho, os conselheiros desconectam os problemas do cotidiano das questões da política de saúde local e os gestores afirmam-se com base nas normas e regras do sistema.

Considera-se, portanto, que é necessário desenvolver processos de diálogo entre a UBS/SF e a população promovendo encontros onde seja possível repensar e construir práticas de saúde compartilhando saberes. Considera-se, ao mesmo tempo, que os conselheiros de saúde, mais precisamente os representantes dos usuários, desenvolvam práticas de mediação pedagógica entre a população e a gestão.

A perspectiva da construção de novos discursos com capacidade suficiente para desenhar novas relações entre o Controle Social e a Atenção Básica/Saúde da Família passa, necessariamente, pelo fortalecimento da gestão participativa, de processos de educação em saúde desenvolvidos com a população no sentido de resgatar o protagonismo na definição dos seus direitos e na formação de atores que exerçam o controle social nos espaços instituídos e na sociedade.

### Opinião: Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário

#### Bibliografia

ACIOLE, G. G. *Alguns quesitos para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde*. Saúde em Debate; v. 37; n. 63; jan/abr,2003.

ANEPS. *O Caminho das Águas em 2003: relatório do I Encontro Nacional da ANEPS*. Passo Fundo-RS, 2005.

BOBBIO, N. *Estado, governo e sociedade: uma teoria geral da política*. São Paulo, Paz e Terra, 3ª ed.,1990. 173 p.

BOTAZZO, C. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru-SP: EDUSC,1999 (Coleção Saúde Sociedade).

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II artigo 196 a 200. (disponível em <http://www.senado.gov.br>)

BRASIL. *Lei nº. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da saúde. *PARTICIPAsus: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. In: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participasus\\_consulta\\_publica\\_pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participasus_consulta_publica_pdf). Acesso realizado em 17 de outubro de 2007.

CAMPOS, G.W. *Saúde Paidéia*. HUCITEC, São Paulo, 2003.

CORTES, S.M.V. *Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários*. Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2001, s/p.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. *Desempenho do PSF no SUL e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde*. Revista Brasileira de Saúde da Família, VIII (3); jan-mar, 2007; p. 28- 41.

GUIZARD, F.L. & PINHEIRO, R. *Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 11 (3), 2006. p.797-805.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989, 236 p.

HABERMAS, J. *Três modelos normativos de democracia*. Lua Nova, n. 36, 1995. p.39-55.

MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que precisam ser defendidos*. In: MATTOS RM; PINHEIRO R (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MORAES, I.H.S. *Informação em Saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação*. In: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Comunicação e Informação para o exercício do Controle Social*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2007 p. 17-27.

NEGRI, A.; COCCO, G. *Global: biopoder e luta em uma América Latina globalizada*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

OLIVEIRA, V.C. *Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde*. Revista Saúde e Sociedade, v.13, n.2, maio-ago, 2004.

\_\_\_\_\_. *Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde* In: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Comunicação e Informação para o exercício do Controle Social*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2007 p. 29-43.

PEDROSA, J.I. dos S. *Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento*. Tese de Doutorado. UNICAMP. Campinas-SP, 1997.

\_\_\_\_\_; TELES, JBM. *Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família*. Revista de Saúde Pública, v. 03, 2001, p. 303-311.

\_\_\_\_\_. *Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde*. MARTINS, C.M.; STAUFFER, A.B. (org). *Educação em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 71-100.

SILVA IF. *O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no estado do Rio de Janeiro*. Revista Saúde em Debate, v.28; n.67; mai-ago, 2004.

SILVA, A. X. *O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde como estratégia de fortalecimento da comunicação e informação para o exercício do controle social*. In: Coletânea de Comunicação e Informação para o exercício do Controle Social. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2007 p. 29-43.

VIANA, A.L.D.; FAUSTO, M.C.R. *Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil de assistência*. In: VIANA, A.L.V.; ELIAS, P.E.M.; IBAÑEZ, N. (org). *Proteção social: dilemas e desafios*: HUCITEC: São Paulo, 2005, p. 150-167.

UFSCar/Rede de Educação Popular e Saúde. *III Encontro Nacional de Educação Popular: conhecimentos e práticas para a saúde e a justiça social*. OLIVEIRA, M. W.; MONTRONE, A.V.G.; VASCONCELOS, V.O. (Org). *Programa e Anais do III ENE P*. São Carlos-SP: Gráfica Nacional; Abstrato Comunicação Visual, 2007.



# O Controle Social e o SUS pelo Brasil – experiências bem sucedidas mostram a força e a voz da comunidade

A Revista Brasileira Saúde da Família apresenta, nesta edição dedicada ao Controle Social, experiências de cidades em que a participação da comunidade assistida acontece e são colhidos frutos diários desse trabalho, traduzidos em uma atenção humanizada, preventiva e resolutiva.

Betim, em Minas Gerais, decidiu pela implantação da estratégia Saúde da Família como a melhor alternativa para acompanhar o crescimento acelerado da cidade. A adoção do novo modelo de atenção se faz possível graças à força e ao trabalho intenso do Controle Social, que sensibiliza e conscientiza a população.

Movimentos sociais se unem à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no Projeto Ciranda da Vida, que trabalha o bem-estar da comunidade vinculado à diferentes contextos sociais. Na cidade, conheceremos também um grupo de jovens envolvidos com a saúde comunitária; estudantes que fizeram, ainda na universidade, a escolha pela Saúde da Família.

Na Baixada Fluminense, a cidade de Magé levou à gestão, a usuária que sempre lutou pela efetiva participação do povo.

Na vanguarda da tomada de decisões, a cidade de São Carlos, interior de São Paulo, promove, desde 2003, a eleição para presidente do Conselho Municipal de Saúde e incentiva a participação da população na elaboração de políticas como a estratégia Saúde da Família.

No Vale do Aço, a cidade de São João do Oriente implantou a estratégia Saúde da Família graças à participação da comunidade que se mobilizou para decidir, em conjunto, os melhores caminhos para a saúde na região.

Cada um dos municípios apresenta a sua solução para este desafio que é a construção do Sistema Único de Saúde. A Revista Brasileira Saúde da Família espera, assim, que essas experiências aqui retratadas, sirvam de exemplo e inspiração a usuários, trabalhadores e gestores que ainda não conseguiram e obtiveram a participação social de fato e dê motivação àquelas cidades nas quais o Controle Social é atuante a fim de manterem-se no caminho do exercício pleno da democracia.



A saúde em Betim, na região metropolitana da Grande Belo Horizonte, tem uma situação peculiar se comparada com outros municípios brasileiros: praticamente 100% da rede de serviços na cidade é pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

## Em Betim, a implantação da Saúde da Família tem participação ativa do Controle Social

Desde 2004, a cidade está convertendo a rede tradicional em Saúde da Família. A estratégia, que na cidade começou com duas equipes, foi a opção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) depois da constatação, segundo a secretaria, de que os serviços de saúde não estavam conseguindo acompanhar o crescimento da cidade, que está em 8% ao ano, em média. Os indicadores da Atenção Básica, implantada em Betim, há cerca de 20 anos, não estavam resolutivos e as 18 Unidades Básicas de Saúde não vinham dando conta da demanda crescente.

“Nesse governo fizemos um estudo em conjunto com nossa câmara técnica da diretoria operacional e com consultores do Ministério da Saúde e concluímos que a atenção adequada só será possível com a inversão do modelo para a estratégia Saúde da Família”, diz a diretora de operações em Saúde, Antônia Adélia Gomes de Freitas.

Em 2002 a SMS iniciou os estudos para a conversão do modelo. As discussões se deram entre os técnicos e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) que acompanha todo o processo, tendo, por fim, sido colocado na Conferência Municipal de Saúde e então aprovado legitimamente pelos mecanismos do Controle Social.

Além da participação no processo de implantação do modelo na cidade, o Conselho Municipal de Saúde de Betim exerce um papel estratégico, pois, segundo o presidente em exercício, Cláudio Alves de Carvalho, os locais onde são implantadas as Unidades Básicas de Saúde com Saúde da Família, são definidas em reuniões e consultorias junto à população, que define aquelas comunidades prioritárias. “Quando uma nova UBS/SF vai ser inaugurada, ou convertida do modelo antigo, nós

convocamos a comunidade, explicamos do que se trata, expomos as vantagens, enfim, ajudamos na articulação dessa implementação e preparamos as pessoas para a adequação a esta maneira de cuidar, priorizando a prevenção”.

Para a escolha destas prioridades, Cláudio salienta como critérios: populacional, epidemiológico e o acesso da população. Para o presidente, a população tem absorvido a idéia de que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada ao SUS, a procura pelas Unidades de Atendimento Imediato (UAI) tem decrescido, apesar de ainda haver esta procura.

O controle social tem, nessa migração, uma importância decisiva, pois é quem torna válida a opção junto à sociedade. “Quando vai ser inaugurada uma UBS/SF o conselho convoca a comunidade para ajudar na articulação dessa implementação”, coloca Cláudio.

Hoje, Betim conta com 31 Unidades de Saúde, divididas entre 13 Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família (UBS/SF) e oito Unidades Básicas de Referência, estas últimas ainda contam com os dois modelos e servem de referência para as equipes de determinada região no processo de migração.

O responsável pela Referência Técnica da estratégia Saúde da Família, Hilton de Oliveira, acrescenta que a inserção da Saúde da Família conta com três momentos de participação de Controle Social.

“Num primeiro momento foi a aprovação, junto ao CMS, da opção pela estratégia. Depois, numa segunda fase o Conselho vem sendo decisivo junto à população, na sensibilização das pessoas para a sua adoção. E, por fim, as Equipes da Saúde da Família têm momentos de reuniões nas quais é feito

o planejamento local dos trabalhos e o conselho é convidado a participar dessas reuniões dando mais credibilidade ao trabalho de todos os envolvidos na estratégia”, conta Hilton.

Tanto para a SMS quanto para o CMS, a prioridade da Atenção Básica em Betim é chegar ao final de 2008, com 100% da Saúde da Família implantada na cidade, quando, pelos projetos da secretaria haverá 108 ESF atuantes.

### Atuação do Controle Social •

Para Cláudio a atuação do Controle Social deve ser clara para a população. “Política pública de saúde não tem cor, não tem partido, não tem bandeira e o Conselho Municipal de Saúde de Betim parte do amadurecimento do Controle Social no município”.

Em Betim, o conselho é formado por 64 membros e pelos 30 Conselhos



Na foto, da esquerda para direita, os conselheiros: Maria de Jesus Santos Oliveira, Vicente Pereira dos Reis e João Alcântara Reis.



**“O atendimento vem melhorando muito, um exemplo é a estratégia Saúde da Família, que desde implantada vem diminuindo as filas nos hospitais e gerando menos cobrança e críticas aos serviços de saúde.”**

*Vicente Pereira Reis, conselheiro*



Responsável pela Referência da Saúde da Família, em Betim, Hilton de Oliveira coloca que “na Atenção Básica temos conselhos locais e, na implementação da Saúde da Família, junto com o Conselho Municipal de Saúde, implantamos os Conselhos Locais da Saúde da Família, para discutirmos a inversão do modelo naquela comunidade”.

Locais de Saúde, que englobam mais de 450 conselheiros locais.

Entre as principais atribuições do CMS estão: fiscalizar e acompanhar o SUS, verificar a execução financeira e orçamentária e zelar pelas deliberações das conferências. O presidente completa: “O Conselho é o guardião das deliberações da conferência” – se referindo à Conferência Municipal de

Saúde, que a cada quatro anos elege uma nova diretoria e reavalia as necessidades do município no próximo quadriênio.

Para João Alcântara Reis, Agente Comunitário de Saúde há seis anos e hoje inserido na Saúde da Família, além de ser conselheiro municipal de saúde, sua experiência como ACS traz todo um diferencial na sua visão do conselho e do Controle Social. Conhecendo de perto as reais condições de vida e saúde da população betinense. Para o ACS e conselheiro a visão torna-se mais humanizada, tanto no atendimento prestado, quanto na proposição e elaboração de leis e projeto às conferências municipais e estaduais.

Um exemplo que João coloca é “uma campanha de vacinação realizada em âmbito nacional. Se a família está em trânsito durante a campanha e vacina seus filhos em outra cidade ou estado, à princípio me constará, enquanto conselheiro que uma ou mais crianças deixaram de receber a vacina na comunidade, mas como ACS, indo à casa daquela família eu sei muito bem que os pais estão em dia com suas obrigações. Ou seja, enquanto conselheiro eu vejo números e enquanto ACS eu vejo nomes, e essa é a minha principal contribuição”.

Para outro conselheiro, Vicente Pereira Reis, há dois anos na função e representando mais de 80 mil pessoas que moram no centro de Betim, a popu-



Para Cláudio Alves de Carvalho, presidente do Conselho Municipal de Betim, “mais do que para os gestores ou para o próprio conselho, quando uma política pública dá resultados e ganha força, como o caso da estratégia Saúde da Família, quem mais ganha força é o próprio Controle Social – que é o cidadão exercer seu direito enquanto ser humano, em sua plenitude, na coisa pública”.

lação ainda vê no Controle Social só o controle de finanças “e eu trabalho para esclarecer as pessoas que a atuação dos conselheiros vai muito além”. Há 10 anos atuando no SUS, participando das conferências, mesmo antes de se tornar conselheiro, Vicente faz questão de enfatizar às pessoas que, “em Betim, o atendimento vem melhorando muito,



um exemplo é a estratégia Saúde da Família, que desde sua implantação vem diminuindo as filas nos hospitais e gerando menos cobrança e críticas aos serviços de saúde”.

Situação diferente vive a conselheira Maria Jesus Santos Oliveira. Conselheira há seis anos, Maria passou em um concurso público e hoje é funcionária da Secretaria Municipal de Saúde. “enquanto usuária eu só cobrava e quando eu passei a ser gestora eu levei um susto, porque passei a ser cobrada também”.

Mas a conselheira diz que passada a fase de adaptação, sua visão do próprio Controle Social se ampliou: “hoje vejo o Conselho não só como representante da sociedade ou do gestor e, sim, do conjunto da sociedade. Então, quando você trabalha com essa visão, além do bem do usuário, você se atenta também para o bem do trabalhador de saúde”.

Maria completa: “Enquanto você, cidadão, está atento ao Controle Social, você está fazendo que alguém trabalhe melhor para você melhorar”.



Antônia Adélia Gomes de Freitas, diretora operacional de saúde de Betim: “Iniciamos os estudos para a implementação da SF em Betim em 2002, e desde o princípio desse processo o Controle Social tem sido de extrema importância para nós, da Secretaria Municipal de Saúde, pois é ele quem torna válida nossa opção junto à sociedade ao levar a discussão para o Conselho e, por consequência, às comunidades que atendemos”.

**“Política pública de saúde não tem cor, não tem partido, não tem bandeira e o Conselho Municipal de Saúde de Betim parte do amadurecimento do Controle Social no município.”**

*Cláudio Alves de Carvalho, presidente do Conselho Municipal de Betim*

“Gira essa roda ciranda  
Agita essa roda cirandá  
Gira sem medo Cirandas  
Cirandas da Vida estão sempre a girar  
Vida que é vida não pode parar”

Assim, cantando essas rimas e de mãos dadas, os educadores populares e profissionais de saúde do Projeto Ciranda da Vida, iniciam seus trabalhos.

## Educação popular aliada aos movimentos comunitários cria novas perspectivas de saúde para a população de Fortaleza

A Ciranda da Vida é um projeto social inovador em Fortaleza, fruto da articulação entre o Ministério da Saúde e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps); desde 2005 o projeto trabalha com a premissa da valorização das experiências advindas dos movimentos populares e de transformar em políticas públicas as soluções encontradas por esses grupos.

Para a médica e educadora Vera Dantas, coordenadora do projeto, o processo de exclusão social e, conseqüentemente, da exclusão à saúde, à educação e o aumento da violência, muitas vezes vem da dificuldade de acesso às políticas públicas. “O Ciranda da Vida entra justamente aí, procurando construir ‘trilhas’, eixos de atuação, e, nesse processo, acabamos por identificar as potencialidades das comunidades (...) e observamos muitas capacidades, como a arte – a habilidade natural de muitas pessoas em produzir arte, seja pintura, teatro, música, dança e outras formas –, registramos também a capacidade de organização solidária em determinadas regiões mais carentes e aprendemos a valorizar as práticas populares de saúde”, coloca Vera.

O Ciranda da Vida iniciou suas atividades em junho de 2005, trabalhando com o conceito de “situação limite” criado pelo educador Paulo Freire, os facilitadores estimulam a comunidade a recontar a história de luta do seu bairro para que sejam identificadas as situações limites e as potencialidades da comunidade. A situação limite é aquilo que as pessoas identificam como importante a ser mudado.

Mas, além de reconhecer as habilidades e vocações das comunidades, é preciso sociabilizar esse conhecimento e fazê-lo de forma sistematizada, para que não se perca durante o processo. Com esse fim, o projeto Ciranda da Vida, inaugurou, entre outros, o espaço Ekobé, em fevereiro de 2007. O espaço, na verdade, é uma grande Oca – sim,

igual a dos índios – em pleno campus da Universidade Federal do Ceará (UFCE).

Esse espaço, além das reuniões do projeto, é dedicado também a ser um ponto de encontro das discussões e nele são ministradas sessões de massoterapia, *shiatsu*, *reiki* e outras atividades.

**Oca no campus** • Instalar uma oca no Campus de uma universidade é um projeto ousado, segundo o também educador popular, poeta e músico, Elias José da Silva. Elias chegou à Ciranda por meio de seu envolvimento com a entidade Comunidade em Movimento da Grande Fortaleza, a Comove, que trabalha, além da educação popular, a economia solidária, mobilização social e a questão da moradia nas áreas periféricas da capital cearense, “com nosso envolvimento no trabalho comunitário a Comove acabou se articulando com a questão das práticas de cuidado à saúde e hoje realizamos também trabalhos na perspectiva da educação em saúde”.

Para Elias é “fundamental que a comunidade acadêmica se volte para os saberes produzidos na sociedade como um todo, e por isso a construção dessa oca é tão importante (...) e, uma vez, em um evento da universidade me dirigi ao reitor e professores e fiz a seguinte colocação: Uma vez que a universidade não faz extensão universitária, ou quando faz, faz pouco, nós, do movimento popular, estamos ousando fazer uma extensão comunitária aqui dentro, a partir do espaço Ekobé”.

Dentre os poemas e músicas de Elias, a temática da saúde é uma constante: “são produtos construídos dentro dos processos e encontros da saúde coletiva. Sejam pelas cirandas da vida, espaço Ekobé, Aneps e Comove, durante a participação nos eventos, sejam seminários, oficinas, reuniões e outros”. A música Eu Quero Saúde, composta num destes momentos, trabalha justamente a problemática do Controle Social:

### EU QUERO SAÚDE

Eu quero saúde  
Saúde bem mais  
Eu quero saúde  
Bem estar, amor e paz

O território é um problema  
De controle social  
E o drama desse povo  
Nem sempre há gente que cuide  
Só máquina e computador  
Não nos garantem saúde  
Máquina e computador  
Não nos garantem saúde

Trabalhador em saúde  
Acolhido e acolhedor  
Tecnologia leve  
De cuidado e cuidador  
Tece a rede solidária  
Da saúde e do amor  
Tece a rede solidária  
Da saúde e do amor

A prática e a teoria  
Indica novo saber  
Reconstrói no dia-a-dia  
A alegria do viver  
Uma rede de cuidados  
Faz a vida acontecer  
Uma rede de cuidados  
Faz a vida acontecer

O encontro dos saberes  
Aproxima os cidadãos  
Servidores e usuários  
Não andam na contramão  
Juntos tecemos a rede  
De cuidado e atenção  
Juntos tecemos a rede  
De cuidado e atenção

A rede é o movimento  
Doença... paralisia  
A cura é o caminho  
Que se aplaina todo dia  
Nossas práticas e valores  
Feito luz que alumia  
Nossas práticas e valores  
Feito luz que alumia



A construção de uma Oca no campus de um universidade “é contra-hegemônico. Não conhecer é impossível, porque não tem como não ver, mas o mais importante é que o corpo discente reconheça, ou seja, que participe das atividades e procure sair do senso comum”, diz uma das integrantes do projeto Ciranda da Vida.



O poeta Elias José da Silva (à esquerda, de perfil) procura em suas letras e canções traduzir as vivências de saúde comunitária, como no poema Educação Permanente.

**Muito além da doença** • Segundo Vera Dantas, a Ciranda da Vida dá visibilidade a diversas experiências populares por ser uma forma de pensar saúde que vai além do que ela chama de “paradigma centrado na doença”.

“A gente sai desse paradigma para o paradigma da saúde, como um processo que é determinado socialmente, que inclui a espiritualidade, a afetividade. E que passa por essa discussão tão forte e tão presente nesse momento do Sistema Único de Saúde que é a discussão da humanização e da integralidade”, diz ela.

Enfermeira e professora da UFCE, Rocineide Ferreira, enfatiza que hoje no Brasil, com ações como a estratégia Saúde da Família, se discute muito a integralidade da atenção. Para a enfermeira, nessa discussão, “o cuidado só é efetivo a partir de uma série de atos, se uma pessoa está bem, o importante é que ela continue bem, então ela tem de ser cuidada. Agora se está adoecida ela também necessita de cuidado. Então, é preciso a comunidade compartilhar os saberes e a promoção da saúde, coloca Rocineide.



## Educação Permanente

Alegria a gente inventa  
Ensinando e aprendendo  
Partilhando e convivendo  
Sendo, sabendo e querendo  
Educação permanente  
Constrói-se com movimento  
Sensibilizando a todos  
Para viver um novo tempo

Educação à distância  
Aproxima os saberes  
Faz grande conexão  
Entre a prática e a teoria  
Nova tecnologia que se usa  
Em movimento  
Pra facilitar o tempo  
Do fazer - ser - conhecimento

É missão de todos nós  
Ensinar e aprender  
Servidores e usuários  
Interagem no saber  
Gestores e formadores  
Participam pra valer  
Trabalhador solidário  
Crescer e ajuda a crescer

Novo tempo  
Nova escola  
Nova metodologia  
É o processo da saúde  
Construído com alegria  
É a participação gerando democracia

Novo tempo é isso aí  
E a gente acontecendo  
É a construção coletiva  
Que vai se fortalecendo  
No prazer de construir  
A saúde e o bem viver  
Pois nesta escola a gente vai  
Vivendo, amando e aprendendo

Com saúde a gente vai  
Vivendo, amando e aprendendo

Vera Dantas (ao centro) ressalta que é importante valorizar a tradição, que inclui práticas e cuidados de saúde propriamente ditos, como os das rezadeiras e das parteiras, mas também as manifestações culturais como as danças, as festas, o teatro, o circo etc. O Ceará, diz ela, é um Estado referência em práticas populares aplicadas à saúde da população no Brasil.



## Um exemplo de mobilização social em torno da causa da saúde se dá com um grupo com mais de 40 estudantes universitários de Fortaleza

Eles participam do Projeto de Extensão Liga de Saúde da Família. Provenientes de cursos como medicina, enfermagem, farmácia, educação física, odontologia, psicologia e gestão hospitalar, eles se uniram com o objetivo de levar para a academia uma discussão mais aprofundada, não somente sobre a estratégia Saúde da Família, mas, antes, da sua formação e conexão com a realidade da saúde que eles encontrarão ao sair da universidade.

As atividades da Liga consistem em acompanhar diversas iniciativas populares e projeto de inclusão social dos mais diferentes recortes de exclusão. No projeto Sinhá-Vida que trabalha com crianças de regiões carentes da capital cearense, os alunos acompanharam atividades ligadas ao esporte, como a capoeira. Para o acadêmico Roberto “são contatos como esse, com a comunidade de verdade, com aquilo que ela é capaz de produzir pra si mesma que faltam aos profissionais de saúde”. Para o estudante ainda há muita gente que vê as comunidades carentes como incapazes de produzir conhecimentos ou mesmo de se auto-sustentar, mas segundo as experiências dos integrantes da Liga, isso está longe de ser verdade. O que é necessário, diz Roberto, “é dar oportunidade para que a produção dessas pessoas ganhe visibilidade e que recebam o suporte necessário para que, entre outras coisas, se reflita em saúde”.

Para Geórgia Medeiros, estudante de educação física e integrante da Liga, outra função do grupo é tentar facilitar as discussões e ajudar na resolução dos problemas na implantação e gerenciamento da Saúde da Família na comunidade.

## Crianças elaboram o seu próprio conceito de saúde

• Numa das atividades da Liga, os estudantes conheceram o Projeto Sinhá-Vida. Na ocasião as crianças tinham como atividade a capoeira e a cidadania. Uma idéia de como mesmo as crianças, mesmo as mais carentes, são capazes de elaborar conceitos que saem do lugar-comum é a resposta a uma pergunta “aparentemente” simples:

- O que é Saúde?

Em conversa com os jovens universitários, as respostas do grupo de criança de 10 a 13 anos demonstram que, ao contrário que se pensa, elas não estão restritas ao simples “saúde é quando não se está doente”.

Dentre as respostas observadas, destacaram-se:

- “Saúde é fundamental”, “saúde é o começo da vida”, “saúde é felicidade”, “saúde é comida, e com comida a gente é feliz porque pode ser criança”.

Mas uma resposta, em especial, chamou a atenção de todos e comoveu os diversos jovens da Liga de Saúde da Família:

“Saúde é não ter mais que sentir vergonha” ... À princípio não se entendeu bem o que o menino de 12 anos quis dizer, então foi perguntado a ele “vergonha de que você sentia?”

- “Lá em casa antes não tinha comida direito, então eu tinha vergonha de sair porque era muito fraquinho e não agüentava nem vir jogar capoeira, agora que tem comida eu sou feliz porque eu tenho saúde e não sinto mais vergonha”.

Todas essas respostas traduzem o conceito de saúde resolutiva e preventiva por qual os profissionais da estratégia Saúde da Família tanto trabalham.

O Projeto Sinhá-Vida faz parte das ações do Movimento da Saúde Mental e Comunitária de Bom Jardim e, para o professor de capoeira, Flávio Augusto Gomes, o Mestre Garra, a capoeira e todo o projeto “além do físico, exerce a mente, porque as crianças lidam com cidadania, educação, a cultura da paz e a saúde”.



Para Roberto Maranhão, estudante do terceiro ano de medicina, o projeto “é uma tentativa de algumas pessoas de dentro dos cursos superiores e da Secretaria Municipal de Saúde de agregar as diversas áreas da saúde, que andam, ainda hoje, separadas da universidade para caminharem juntas na perspectiva de atendimento à população segundo a estratégia Saúde da Família”.

Às avessas: o que tem se visto Brasil adentro é secretário de saúde assumindo presidência de Conselho Municipal de Saúde por osmose ou por força de lei. Em Magé, o movimento social acaba de levar à secretaria, a conselheira Marilene Formiga.

## De conselheira à secretária de saúde... em Magé, o trabalho de Formiga deu certo

Quando a comunidade de Magé, na Baixada Fluminense, viu, em 1990, na aprovação da Lei 8.142 uma oportunidade de participação nos movimentos sociais, o executivo impediu a participação do povo na Conferência Municipal de Saúde. "O prefeito vetou, em lei municipal, a participação da comunidade que só foi possível para quem tinha liminar", conta o conselheiro Alcerino dos Santos, um dos mais antigos do Conselho Municipal de Saúde (CMS) da cidade e presidente da Associação dos Moradores de Suruí.

Na conferência seguinte já houve a necessidade da criação do Conselho Municipal de Saúde, já que era a única forma de garantir os repasses financeiros para o município – a criação do CMS de Magé não foi diferente de muitos espalhados pelo Brasil já que se deu em um momento em que os prefeitos se viam diante da possibilidade de dividir poder com o cidadão.

A segunda conferência, considerada pelo povo, a "primeira de verdade" foi feita com a ajuda de todos "um médico doou papel, o outro fez não sei o que, e, às 15h30, chegou nossa marmita de almoço, sem talher nem nada...sentamos, comemos e continuamos a conferência", lembra Marilene Formiga que não fazia parte do Conselho, mas já participava das atividades, uma vez que era presidente da Federação das Associações dos Moradores de Magé. Formiga reforça as dificuldades de acesso, de comunicação e trabalho, "a gente não tinha acesso ao prefeito, nem ao secretário. Éramos apenas tolerados".

Aos poucos, as coisas começaram a mudar na cidade e a prefeitura passou a contar com o Conselho de Saúde como aliado nas vitórias nos hospitais e Unida-



Na UBS/SF Nova Marília, primeira a testar a estratégia em Magé, o coordenador Cristiano Pacheco (ao centro, com os pacientes) orienta as aulas de cidadania para os idosos.

des Básicas de Saúde e Saúde da Família (UBS/SF), com aquisição, inclusive, de um veículo.

A 6ª e última Conferência Municipal de Saúde aconteceu entre os dias 27 e 29 de julho, na qual foi realizada eleição com expressiva renovação, "entrou muita gente nova, o que é bom e ruim: bom porque as novas pessoas não têm vícios nem compromisso com nenhuma corrente, mas justamente na hora de aprovar o Plano Municipal de Saúde precisaríamos de gente com mais experiência", diz Marilene Formiga.

Sobre a função de conselheira, Formiga afirma que se limita à "gerir para fazer uma espinha dorsal funcionar, porque, independente de quem está na ponta, deve ser atendido da mesma forma: seja uma autoridade ou um cidadão mais humilde; ninguém tem direito de passar na frente do outro, as pessoas precisam respeitar o direito das outras e saber que têm deveres e se ela não os cumprem, como vai exigir seus direitos pro outro?"

Segundo Formiga, "para ser conselheiro tem de ter uma paixão incrível, acreditar que vai conseguir mudar e muita rebeldia".

Alcerino dos Santos entende que o Conselho de Saúde só vai funcionar em sua plenitude quando tiver acesso a todas as informações financeiras "onde

gastou, como gastou, porque gastou e se gastou baseado nas prioridades que foram definidas pelo conselho, porque o conselho é paritário, então tem governo, comunidade e trabalhadores". Alcerino completa que a apreciação de contas da prefeitura, da maneira com que é feita hoje, refere-se à forma e não à aplicação dos recursos, "pois para isso precisaríamos do relatório de gestão, que nós não recebemos".

Hoje o controle social em Magé passa por um momento interessante, pois além da reformulação no corpo do conselho, a conselheira do CMS, Marilene Formiga foi convidada para assumir a secretaria de saúde, "acho que veio como o reconhecimento de um trabalho que todos estamos fazendo há muito tempo, que é de doação ao município e é natural que a saúde fique com a gente, porque, de um certo tempo pra cá, a prefeitura tem encaminhado todas as demandas para o Conselho Municipal de Saúde", reflete a nova secretária.

### O Futuro da Saúde e do Controle Social de Magé • Marilene Formiga, e

todos do conselho, não sabem ao certo como será a gestão, "eu não sei como é que as outras pessoas vão receber isso, pois esse tempo todo que fomos



Conselheiros do CMS um dia após a notícia da nomeação da conselheira Formiga para a Secretaria de Saúde.

**“Muitas vezes comprovamos que o agente não foi e tem a ficha preenchida e em outras nos surpreendemos quando o usuário nos agradece porque o agente comunitário foi ao velório do tio dele (do usuário)”**

*Marilene Formiga, secretária de saúde*

conselheiros, defendemos os interesses do município e isso para nós é natural, é como respirar”. No primeiro

**Trabalho de Formiguinha** • A trajetória de Marilene Formiga começa na presidência da Federação das Associações dos Moradores de Magé que no dia 9 de outubro assumiu a Secretaria Municipal de Magé – um dia antes da chegada da reportagem da Revista Brasileira Saúde da Família.

Mesmo não sendo conselheira, Formiga ia às reuniões para prestigiar o conselho e suas discussões.

Então, em 1997, ela assumiu o CMS – justamente na época em que foi instituído o PAB, “porque até então, nosso município não era habilitado em gestão nenhuma. O PAB tirou todos os prefeitos da inércia”.



A nova secretária de saúde de Magé, Marilene Formiga

dia, Marilene já tinha realizado uma reunião com “alguns companheiros de luta e todos estão prontos para, junto conosco, fazer um diagnóstico e traçar uma estratégia”.

Um dos primeiros projetos da secretária Formiga é preparar a eleição para presidência do Conselho Municipal de Saúde, o que segundo ela, pode ser feito por meio de ajuste no Regimento Interno - até então, o presidente é o secretário municipal de saúde, “a outra ação é dotar o conselho de uma estrutura mínima de trabalho”.

Outro ponto é a ativação dos conselhos gestores que visa possibilitar uma maior interação da comunidade com a UBS/SF, “precisamos fazer a comunidade interagir e uma das formas de fazer isso é por meio do conselho gestor e isso já começou a ser discutido na última conferência”, diz Formiga, que lembra, no entanto que a criação do conselho gestor requer uma formação mínima: “precisaremos montar uma capacitação de lideranças para preparar as pessoas ‘comuns como nós’ pra entenderem seus papéis, porque têm pessoas nomeadas politicamente sem um mínimo de competência pra gerir a coisa pública e que toca o público como se fosse uma coisa particular, o que acaba criando uma série de conflitos no atendimento à população. Estamos buscando uma interação maior com a comunidade em todos os aspectos.



O médico Paulo Fernandes em atendimento na UBS/SF da zona rural Barão do Iriú.

Para a conselheira-secretária, a população também precisa se articular para conquistar uma saúde melhor, “temos um bairro aqui em que a comunidade se organizou e construiu um consultório, ou seja, percebeu que a UBS estava pequena, foi atrás de material, fez um mutirão e aumentou a unidade de saúde. A comunidade sente que aquilo é dela e não do governo”.

**“Precisamos fazer a comunidade interagir e uma das formas de fazer isso é por meio do conselho gestor e isso já começou a ser discutido na última conferência.”**

*Marilene Formiga, secretária de saúde*

**A estratégia Saúde da Família** • O Conselho participou da implantação do então Programa Saúde da Família com a aprovação para a instalação de 16 UBS/SF; na época, já se fazia um projeto-piloto no bairro Nova Marília, “alguns assuntos eram passados ao Conselho de Saúde, participamos efetivamente da implantação da estratégia e da contratação dos Agentes Comunitários de Saúde”, lembra Alcerino dos Santos.

Para Marilene Formiga, além de questões que envolvem os profissionais da Equipe de Saúde da Família como incentivo financeiro, formação, capacitação etc. é necessária uma grande campanha nacional explicando à comunidade o que é a estratégia Saúde da Família,

“porque, inicialmente o povo pensa que está perdendo e não é isso, o povo está ganhando. Todos que conhecem a estratégia são apaixonados.” Marilene é enfática ao afirmar que o usuário precisa entender que a UBS que ele utiliza faz parte da sua vida, “que aquilo é uma extensão da casa dele”.

A estratégia Saúde da Família no município é dividida por coordenações e a abrangência está em 70%, sendo 52 UBS/SF, “a maior da Baixada”, afirma Marilene Formiga “e temos também a maior cobertura de assistência bucal acho que do estado”, completa. Os médicos especialistas se revezam nas unidades e em Magé, a estratégia se adaptou à realidade local e oferece, em

algumas unidades, serviços bem peculiares como retirada de documentos de identidade etc.

A efetividade da visita domiciliar tem sido uma preocupação do CMS, que vem fazendo uma pesquisa por telefone baseada nos formulários de visita para verificar se a mesma foi realizada; quando o usuário não coloca o número do telefone, o conselho vai até o endereço indicado, “queremos saber o que ele está achando do atendimento, se o remédio chegou... muitas vezes comprovamos que o agente não foi e tem a ficha preenchida e em outras nos surpreendemos quando o usuário nos agradece porque o agente comunitário foi ao velório do tio dele (do usuário)”.

**O Controle Social e os Ministérios Públicos** • A relação dos conselhos de saúde com o Ministério Público (MP) pode ser um problema ou solução – a depender da localidade: “quando essa última gestão do CMS tomou posse fomos ao Ministério Público e falamos que aqui em Magé não existia controle social, pois não temos um fundo municipal, não existe um funcionário para nos dar

informações e a própria lei de normatização daqui remete à contabilidade municipal; outra questão é a própria falta de estrutura do conselho, que não tem computador e nem mesmo um ramal de linha telefônica”, conta Marilene Formiga que completa, ainda, que o MP não retornou, “mas agora o próprio MP está nos questionando sobre coisas que não nos cabe responder, do tipo ‘quantas

pessoas morreram etc.’, pois são questionamentos que cabem ao gestor e não ao CMS, mas se eu respondo enquanto Conselho Municipal de Saúde, estou ferindo o regimento do conselho, porque não cabe a nós responder”. Formiga sugere como possível solução para esse tipo de problema, a criação de uma Vara e um Ministério Público especializado em legislação do SUS no município.



Na UBS/SF de Esmeralda, atendimento de puericultura

Embora a experiência de participação social seja considerada incipiente na cidade de São Carlos, interior de São Paulo, a população já começou com uma organização que deve servir de exemplo a centenas de municípios Brasil a fora: em 25 de julho de 2003, a cidade aprovava sua lei que, dentre outras coisas, elege não só o presidente do Conselho Municipal de Saúde, mas todos os membros, além de criar os conselhos gestores.

## Em São Carlos, conselho de saúde e presidente são eleitos

Segundo a Lei 13.194/2003, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o Conselho é um órgão deliberativo de natureza permanente e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e dentre as diversas atribuições, atua na formulação da estratégia e no controle da execução da política municipal de saúde.

Além de ser exigido em lei federal, segundo o secretário de saúde e presidente do CMS, Arthur Pereira, é desejável que haja controle social, "pois precisamos sempre debater de quem é o serviço, pra quem é o serviço e por que existe esse serviço. Porque ele não tem outra razão senão atender às necessidades do cidadão, que tem de participar de maneira ampla, geral, sem nenhuma restrição do controle sobre esse serviço". Para ele, os conselhos precisam, de alguma maneira, trabalhar na construção da cidadania, do direito e do sistema de saúde.

Para o representante do segmento dos trabalhadores Wagner Ramos, o Conselho Municipal de Saúde é atuante e tem resolvido bastante as questões da cidade. Segundo ele, o povo impõe, decide e reclama, "o conselho de saúde é muito importante, decide bastante, ajuda o usuário nas reclamações, aprova os orçamentos, questiona as contas que não estão de acordo e aqui a briga é pela saúde e não pelo segmento".

Para o representante dos usuários Jackson Xavier de Jesus, o controle social é um instrumento onde o povo tem a oportunidade de apresentar sugestões e críticas "para que possam melhorar o SUS, uma vez que é o sistema de saúde que todos utilizam; então é um meio de comunicação onde você pode apresentar



"Hoje a maior reivindicação que temos é de aumentar a estratégia Saúde da Família. Porque na Saúde da Família tem os agentes de saúde que já são do bairro e conhecem todo mundo, a equipe parece que é treinada de uma forma diferente. Então é muito legal, você chegar numa Unidade de Saúde e alguém te chamar pelo nome, você ser recebido com um sorriso. Esse tratamento humanizado que temos na estratégia não encontramos na UBS".

*Cláudio Rondon, conselheiro, representante dos usuários e presidente da Associação dos Moradores do Parque Residencial Maria Estela Fagá*

propostas, críticas, sugestões e onde, principalmente, você pode fazer o controle do que está sendo gasto e onde está sendo gasto, de fiscalizar a aplicação das verbas seja ela municipal, estadual ou federal".

Segundo Marilda Siriani de Oliveira, representante do segmento gestor no Conselho Municipal de Saúde e diretora da Atenção Básica de São Carlos, é preciso uma aliança da boa gestão e do controle social, "não dá pra dizer qual vem primeiro, porque se eu tenho um controle social que exige qualidade, a gestão tem que

dizer pra que veio e garantir a sustentabilidade da mudança; são duas coisas muito ligadas. O conselho de São Carlos comparado com o de onde eu venho é mais participativo e menos reivindicativo, mas o que me incomoda na participação é o olhar pro próprio umbigo".

O CMS propicia e garante a comunicação efetiva entre ele e os Conselhos Gestores Locais, que são, no município, 24. Para Arthur Pereira, é possível um maior estreitamento entre o conselho municipal e os conselhos locais ou gestores, "eu não percebo uma par-

ticipação efetiva. É possível melhorar a sintonia entre eles e deixar de ser mais uma formalidade, acho que os conselhos têm este dever de ajudar no planejamento, na tomada de decisão; mas acho que eles não têm a dimensão do papel que representam".

Natanael Alves da Silva que é assessor de Planejamento da SMS e fez parte do primeiro Conselho Municipal de Saúde concorda sobre a importância dos conselhos gestores, "a melhor forma de debater os projetos de saúde é por meio dos conselhos das unidades porque está

**“Na saúde nós temos uma linguagem própria e, às vezes, ela é hermética para o cidadão, se não tivermos o cuidado de decodificar, vamos fragmentar o conselho e desestimular a participação do cidadão que vai achar que não sabe ‘falar bonito’ como os outros.”**

*Natanael Alves, assessor de planejamento da SMS*

muito mais próximo do cidadão, inclusive com a possibilidade de ele participar das reuniões com mais facilidade. O conselho gestor é uma forma de disseminar a informação e as discussões, sua importância é a proximidade com o cidadão, além de ser um parceiro do gestor”.

A diretora da Atenção Básica de São Carlos, Marilda Siriani, faz o monitoramento de todas as atividades e pautas das atividades dos conselhos gestores, “50% dos conselhos são atuantes, sabemos quem fez reunião, o número de participantes, a pauta, categorias,

o que está sendo discutido e se essa discussão evoluiu. Conseguimos visualizar, por exemplo, se aquela unidade já consegue perceber que o problema do lixo na rua também é problema dela. E isso tudo levamos para a reunião do conselho municipal e devolvemos para o conselho gestor”.

A lei municipal prevê, também, que o Conselho tenha 24 membros e seja paritário, conforme Lei Federal nº 8.142/1990.

No que se refere ao preparo dos conselheiros, a cada nomeação de

novos membros, a Secretaria Municipal de Saúde deve prover o processo de capacitação dos mesmos. Natanael Alves destaca a necessidade desse processo se dar de forma paralela às discussões e da necessidade da linguagem técnica da saúde não se tornar excludente, “na saúde nós temos uma linguagem própria e, às vezes, ela é hermética para o cidadão, se não tivermos o cuidado de decodificar, vamos fragmentar o conselho e desestimular a participação do cidadão que vai achar que não sabe ‘falar bonito’ como os outros. A própria literatura aponta a questão da linguagem como um problema na questão do controle social, quem domina a linguagem – geralmente os gestores e trabalhadores – precisa ter o cuidado de decodificá-la para os usuários”.

Para o presidente do Conselho, um investimento maciço em educação é fundamental, “até pra saber o que é direito, o que é dever, pensar, refletir e ter mais oportunidade. É um processo longo e eu acho que a gente caminha, estamos tentando possibilitar um investimento nos conselheiros que podem e devem fazer cursos, investimento na equipe e nos usuários, na medida que podem participar das decisões em todos os âmbitos”.

Maria Pereira de Lima Jesus, a Mariinha, representante dos usuários que está em seu segundo mandato, conta que teve a oportunidade de terminar o ensino fundamental e agora está concluindo o nível médio e ainda faz



“O conselho é importante na melhoria do Sistema Único de Saúde, mas parece que a sociedade civil ainda não sabe seu papel dentro do SUS. Antes tinha falta de informação, hoje tem a informação, mas as pessoas não vão atrás do seu interesse e continuam andando a passos de tartaruga, mas eu acredito que chegaremos lá, porque o SUS é um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo”.

*Mariinha, conselheira usuária*

um curso de gestão ambiental, “e, além disso, melhorei meu jeito de falar, de me comportar e mesmo sendo filiada a um partido de oposição tenho voz no conselho e sou respeitada”.

As funções dos membros do CMS não são remuneradas – sendo seu exercício considerado de relevância pública – e o prazo de duração do mandato dos conselheiros é de dois anos, com possibilidade de recondução por mais de um mandato.

Um dos pontos mais importantes na Lei 13.194/2003 é o artigo 15, que diz que o presidente do Conselho

Municipal de Saúde e seu suplente serão escolhidos entre os pares, na primeira reunião ordinária de uma nova administração municipal, com mandato de dois anos – essa questão foi abordada em várias ocasiões e em diversas cidades como garantidora da efetiva mudança de parâmetros em um conselho de saúde.

Em São Carlos, o presidente continua sendo o secretário de saúde, mas não por imposição e sim, por opção, “pois ninguém mais se habilitou”, conta Arthur Pereira, eleito no último pleito. “Não sei se as pessoas já conseguem entender a

dimensão que é ter essa possibilidade de você participar efetivamente como ator, como sujeito; muita gente ainda tem uma atitude passiva. Acho que falta mais atitude, mais demanda e eu falo o tempo todo que o conselho não é do presidente, nem da secretaria de saúde: o conselho é da sociedade, sociedade essa que talvez por não ter podido, por tanto tempo, participar de nada, se reunir, ainda vive acanhada. Mas agora estamos vivendo um processo de construção de uma democracia”.

A representante dos usuários Mariinha concorda, para ela o povo ainda tem medo, “o povo tem medo, medo de tudo, de conversar, de vir falar com as pessoas da UBS”.

Marilda Siriani lembra que o processo de escolha dos conselheiros, ou seja, a eleição, é uma forma de fazer com que o conselho funcione, “quando o processo é democrático, nós temos disputa e a pessoa tem discernimento de quem quer se promover e quem vai, de fato, colaborar com o sistema de saúde do município”.

Embora esteja na lei municipal e federal, a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos ainda não conseguiu fornecer infra-estrutura necessária ao pleno funcionamento do Conselho, como espaço físico específico e adequado – mas isso não tem se mostrado impedimento para que as reuniões aconteçam, inclusive com a participação da população que não faz parte do Conselho Municipal de Saúde.

**“Quando o processo é democrático, nós temos disputa e a pessoa tem discernimento de quem quer se promover e quem vai, de fato, colaborar com o sistema de saúde do município.”**

*Marilda Siriani, diretora da AB e conselheira gestora*

**“O nosso último encontro foi bastante interessante, pois as pessoas viveram tantos movimentos na saúde nesse último mês e todos queriam falar, contar as histórias, agradecer, elogiar; há um processo de contaminação em São Carlos, no sentido de fazer parte, de querer cuidado e não serviço.”**

*Arthur Pereira, secretário de saúde e presidente do CMS*

#### **Associação dos Moradores dá aula de participação social**

“Cercando” por todos os lados, moradores do Parque Residencial Maria Estela Fagá participam do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Gestor e do Conselho de Orçamento Participativo, garantindo, dessa forma, avanços para toda a comunidade do bairro. Cláudio Rondon, presidente da Associação dos Moradores, explica a estratégia: “temos uma política de participação no governo municipal que é manter um membro em cada um desses conselhos e fazemos uma reunião mensal para trocar idéias sobre o que está acontecendo em cada um e onde podemos fazer uma reivindicação. Isso começou no Conselho de Orçamento Participativo, pois quando entramos conseguimos trazer muitas melhorias para o bairro, já que lá dentro sabíamos

tudo o que estava acontecendo e o que podíamos conseguir. Como a gente viu que era interessante ter uma participação maior dentro do governo municipal, começamos a dividir e indicar cada elemento nosso para cada conselho que a gente achasse interessante”.

Para Cláudio Rondon, representante dos usuários no CMS, a partir do conselho de saúde o usuário toma conhecimento de tudo o que acontece na saúde do município, “e acaba tendo uma participação maior em razão do conselho; e como somos do conselho de saúde as pessoas falam o que está acontecendo nesses lugares e você tenta encaminhar os problemas e encontrar as soluções”. Segundo ele, a população reclama do sistema de saúde, “mas quando chamamos para a discussão, para

encaminhar uma reivindicação, ninguém vem, não tem a participação que gostaríamos de ter”.

Valdinei da Silva Barros é o membro do conselho gestor do Jardim Munique, que fica no Parque Residencial Maria Estela Fagá e lá eles estão mostrando que não basta fazer parte, tem de participar. Valdinei diz que só a realização de reuniões não resolve as coisas “de uma reunião pra outra tem de ter uma solução, senão não adianta”.

É no bairro que fica a primeira UBS/SF de São Carlos. Procurada pelos moradores, a diretora da Atenção Básica, Marilda Siriani, foi à unidade e fez com que a comunidade se tornasse co-responsável em encontrar uma casa para montar uma nova UBS/SF, “fiz um pacto com eles e quando construo um pacto é com co-responsabilidade”.

Segundo Arthur Pereira, a reunião do Conselho Municipal de Saúde tem sido movimentada e com a presença não somente de conselheiros, pois o evento é aberto. “O nosso último encontro foi bastante interessante, pois as pessoas viveram tantos movimentos na saúde nesse último mês e todos queriam falar, contar as histórias, agradecer, elogiar; há um processo de contaminação em São Carlos, no sentido de fazer parte, de querer cuidado e não serviço”.

Além da lei, o Conselho Municipal possui o regimento interno, aprovado por meio do Decreto nº 91, de 2004, e que está passando por estudos. De acordo com ele, o conselheiro que no período de um ano, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou quatro intercaladas perde o mandato.

O regimento prevê, também, as comissões permanentes ou transitórias, que são constituídas por, no mínimo,

“O usuário precisa entender que o hospital, a unidade de saúde é dele enquanto cidadão, enquanto sociedade. Se houver alguma mudança na política, alguma situação em que ele perceba que está perdendo alguma coisa boa, ele tem de falar e não pode se omitir, pois o que acontece é que você constrói, constrói, aí muda o governo e começa um processo de desconstrução. Às vezes você tem de desconstruir pra construir de novo, mas não destruir. São Carlos, nesse momento, tem um movimento intenso de mudança de paradigma na concepção de saúde, de cuidado e tem um governo que termina daqui a pouco mais de um ano e se a sociedade avalia que o está acontecendo nas unidades é positivo precisa abraçar e não deixar que isso regride. O CMS tem a responsabilidade de defender essa situação”.

*Arthur Pereira, secretário de saúde e presidente do CMS*

Vista aérea da cidade.



quatro representantes e têm a finalidade de articular políticas e programas de interesse para saúde no âmbito do SUS, em especial o que se refere ao acompanhamento dos Conselhos Gestores, assistência farmacêutica, divulgação das atividades do CMS/SC e vigilância em saúde.

#### **A Conferência Municipal de Saúde**

Nos últimos dias 24, 25 e 26 de maio, São Carlos realizou sua 3ª Conferência Municipal de Saúde. Com a participação de aproximadamente 300 pessoas, o evento foi precedido por dez reuniões pré-conferência.

O presidente do conselho de saúde, Arthur Pereira, explica que a conferência de saúde é indicativa, ou seja, indica caminhos que necessariamente o gestor não precisaria seguir, “não é dada a devida importância a uma conferência, talvez ela devesse ser deliberativa e não indicativa”.

Sobre os mecanismos de divulgação e o retorno que os Conselhos Municipais de Saúde devem dar à população, Natanael Alves lembra que são diversos. O relatório final é disponibilizado por meio de cartilha, inclusive com as discussões, além disso, as atividades são gravadas e a plenária final com a discussão das propostas fica disponível no portal da prefeitura de São Carlos. O CMS possui uma comissão de controle social que tem a tarefa de acompanhar as atividades dos conselhos gestores e de pensar a próxima conferência. Sobre o

que foi indicado na conferência e o que já vinha sendo realizado pela Secretaria de Saúde, o assessor de planejamento diz que algumas deliberações que já estavam em consonância com o Plano Municipal de Saúde vieram reforçar o caminho que já vinha sendo seguido “e poucas coisas que não estavam contempladas na programação da SMS e que foram apontadas pela conferência, serão incluídas na programação anual, que é um documento também disponibilizado eletronicamente e discutido no Conselho Municipal de Saúde”.

**A Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família em São Carlos** • A estrutura da Secretaria de Saúde de São Carlos é departamental, sendo que a Atenção Básica (AB) é um dos quatro departamentos. O município conta com 24 Unidades Básicas de Saúde e 12 com estratégia Saúde da Família, num processo de expansão que prevê mais 11 equipes até dezembro.

A primeira equipe foi implantada em 1997, “mas de 2006 pra cá estamos num processo mais rápido de implantação”, afirma Marilda Siriani, diretora da Atenção Básica da SMS, “acabamos de fazer um processo de seleção no qual valorizamos a titulação de quem tinha residência em Saúde da Família e após uma avaliação de perfil realocamos alguns profissionais”.

A usuária Mariinha vê com bons olhos a chegada das Equipes de Saúde da Família, “eles são acolhedores, olham no olho, querem saber a história do paciente”. Para o estudante de enfermagem e representante dos usuários no CMS, Jackson de Jesus, a estratégia Saúde da Família veio para ficar, “não basta você tratar o doente e encaminhá-lo de volta pra casa sem que você saiba quais as condições que ele tem lá e a estratégia vem preencher este espaço, porque por meio das visitas das equipes é possível analisar as condições de higiene da população. A estratégia Saúde da Família veio para ficar e tem de ser espalhada para todos os municípios”, diz Jackson que ao se formar quer fazer parte de uma ESF no nordeste do Brasil.

A Universidade Federal de São Carlos possui residência em Medicina de Família e Comunidade, o que permite a inserção dos profissionais nas UBS, “os estudantes acompanham dez famílias cada um até o 6º ano e trabalhamos com a lógica de equipes de referência e matricial que apóiam duas ESF”.

Além disso, a AB inseriu nas UBS o projeto da terapia comunitária “uma ferramenta pela qual me apaixonei enquanto empoderamento da população para enfrentamento do seu cotidiano. É um processo em que você desmedicaliza a população e ela lida com o seu sofrimento num grupo de convivência”, diz Marilda.



A implantação da estratégia Saúde da Família teve em, São João do Oriente, Minas Gerais, participação expressiva do Controle Social. Quando a Secretaria Municipal de Saúde optou pela estratégia, o primeiro passo foi trabalhar junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e toda a população com palestras abertas, explicando o novo modelo de atenção.

## São João do Oriente se destaca no Vale do Aço com saúde e participação social



Em São João do Oriente, os mapas de distribuição da área de atuação das Equipes de Saúde da Família são feitos de maneira artesanal pelo ACSs, o que mostra o envolvimento dos agentes na estratégia e sua proximidade com as famílias atendidas.

Em 2001, quando se iniciaram as discussões para a conversão do modelo de atenção, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) trabalhou com um grupo de 30 pessoas voluntárias, de diversas áreas e profissões para elencar as necessidades e benefícios da estratégia Saúde da Família. Desse grupo participaram líderes comunitários, representantes da Igreja, professores e outras pessoas empenhadas em solucionar os problemas de saúde da cidade.

Segundo Isaulina F. Rodrigues, secretária municipal de saúde, “foi maravilhoso, não houve resistência, muito pelo contrário, tivemos muita colaboração do CMS que nos ajudou a conscientizar a população do ganho que isso poderia trazer para a nossa saúde”, coloca a secretária, que completa “trabalhamos muito a questão da educação em saúde, com palestras e teatros”.

“Seu” João Batista Pontes, conselheiro de saúde há 2 anos, é um defensor da estratégia, “procuramos aproximar a sociedade, para que ela veja o trabalho que é feito na Saúde da Família. E procuramos fazer tudo que esteja ao nosso alcance. Sinto-me bem por estar colaborando para uma coisa boa para a saúde das pessoas que moram em nossa cidade”.

Já outra conselheira de saúde, Sebastiana Pereira de Almeida Moura, dona de casa, destaca que “uma das principais funções dos conselheiros é ouvir críticas e elogios sobre a saúde e repassar para os representantes do SUS da cidade, para que sejam tomadas as providências e nós cobramos aqui dos gestores uma resposta para que possamos dar um retorno àquela pessoa que nos procurou”.

São João do Oriente é uma cidade de pequeno porte, o que facilita para que a Equipe de Saúde da Família (ESF) conheça todos da sua área de atuação. Para a enfermeira Luciana Alvernata, os conselheiros “são de fundamental importância porque, por exemplo, no caso das doenças endêmicas, eles nos ajudam a divulgar as campanhas e mobilizar a sociedade, como no caso da dengue, que pede uma ação conjunta entre diversos setores, não só da saúde, mas de toda sociedade”, coloca.

**Mobilização Social** • Buscando combater os fatores prejudiciais à saúde na cidade, a SMS verificou um problema crescente: a destinação do lixo hospitalar. Sobretudo, segundo a secretária, para as crianças, que em cidades pequenas como São João do Oriente, ainda têm a liberdade de brincar nas ruas, o lixo biológico repre-

senta um perigo constante à saúde, mas a SMS tinha dificuldades de encontrar um lugar adequado para destinar esses resíduos, por conta das nascentes de rio, que poderiam ser contaminadas.

O problema foi levado, então, ao Conselho de Saúde e à população e, desse debate, surgiu a idéia de criar uma vala séptica em um terreno não utilizado no cemitério da cidade. Com a idéia aprovada pelo conselho e sociedade, a Secretaria Municipal de Meio Ambiente foi procurada e aprovou o projeto.

### A saúde em São João do Oriente

• Antes da implantação da estratégia Saúde da Família na cidade, segundo a secretária Isaulina, o modelo de assistência se baseava no atendimento curativo e os índices não eram muito satisfatórios, como, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil que, segundo a

secretária, “se comparava aos índices encontrados nas regiões mais pobres do país e do mundo”. No ano de 2000, por exemplo, a taxa ficou em 18,1%.

Desde a implantação da Saúde da Família o município vem registrando uma baixa expressiva da mortalidade infantil. Aliando às iniciativas das ESF, outras como o Programa Saúde da Mulher, que atende as mães desde o pré-natal humanizado, complementado com a oferta de um planejamento familiar e reprodutivo até a realização de um programa de puericultura. Aliado a isso houve, também, a intensificação das campanhas de vacinação, o acompanhamento de todas as crianças pelo cartão espelho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), alcançando 99,7% de cobertura vacinal. Devido a essas iniciativas, no ano de 2004, não houve óbito de crianças entre um e cinco anos.

**“Os conselheiros são de fundamental importância porque, por exemplo, no caso das doenças endêmicas, eles nos ajudam a divulgar as campanhas e mobilizar a sociedade, como no caso da dengue, que pede uma ação conjunta entre diversos setores, não só da saúde, mas de toda sociedade.”**

*Luciana Alvernata, enfermeira*



Sebastiana Pereira da Almeida Moura, conselheira de saúde em São João do Oriente, diz que, apesar de estar sempre disposta a receber e ouvir as cobranças da população, com o bom funcionamento da estratégia Saúde da Família e outras iniciativas na cidade, a “procura vem diminuindo para críticas e aumentando para elogios”.

Essa medida diminuiu as constantes modificações no quadro de funcionários e criou o estímulo necessário para que os profissionais de saúde buscassem o aprimoramento dentro de suas áreas.

Aos ACSs é ministrado o Programa de Educação Permanente e as equipes são estimuladas a participação em cursos a distância, a exemplo do curso de Hanseníase, do qual participaram as equipes das três UBS do município.

É promovida também, uma vez por ano, a Semana de Saúde. Neste evento que mobiliza toda a sociedade, a saúde é levada às ruas com peças teatrais de conscientização e a SMS monta estandes na principal praça da cidade onde são oferecidos serviços diversos à comunidade, como medida de glicemia, acompanhamento de hipertensos e diabéticos; há, ainda, uma parceria com cabeleireiros para promover a higienização e melhora da auto-estima daquelas pessoas que não têm condições de cortar/lavar o cabelo.

#### **Parcerias entre os funcionários da saúde e com a população •**

A secretária coloca que os profissionais de saúde da cidade trabalham em conjunto e a rede de confiança formada entre eles dá uma garantia a mais de um atendimento ágil à população. “Se, numa emergência, o médico atende um paciente e precisa da realização de exames, a SMS



A confecção de tapetes de retalho, prática difundida na cidade, tornou-se uma fonte de renda a mais às famílias a partir do trabalho dos ACSs que identificaram essa habilidade comum a muitas famílias. Com essa constatação os agentes trabalharam com as famílias no intuito de se organizar e estruturar a produção de maneira que hoje, nas portas de várias casas da cidade, o visitante encontra as peças à venda.

aciona de imediato o bioquímico e o laboratório, informa a necessidade da agilidade, e o exame acontece”, coloca Isaulina, que completa: “com isso evitamos o encaminhamento excessivo dos usuários ao hospital e tentamos resolver o máximo possível

nas Unidades Básicas de Saúde e isso cria, também, um sentimento de cooperação com a média e alta complexidades de atenção, quando delas necessitamos”.

Outra parceria firmada pela Saúde da Família, mas dessa vez diretamente com os usuários, é a dispensação dos medicamentos nas farmácias públicas, dentro das UBS.

Quando ocorre um óbito de um paciente que vinha recebendo medicamentos da SMS, parte da própria família procurar a Farmácia Básica da sua unidade de referência para doar aqueles medicamentos não utilizados, e isso contribui para a redução dos gastos, além de promover e fortalecer entre as pessoas o sentimento de coletividade.



A secretária de saúde de São João do Oriente, Isaulina F. Rodrigues, coloca que toda a rede de assistência da cidade é voltada para a Atenção Básica e, em específico, para a estratégia Saúde da Família que, para ela, “envolve ações na busca constante de parceiros, pois trabalhamos com a sociedade e isso envolve cultura, então temos que trabalhar na cabeça das pessoas que saúde também é solidariedade e que só com o envolvimento de cada um, ela pode acontecer de forma plena”.

**Educação em saúde e participação popular •** A alta rotatividade dos profissionais de saúde em São João do Oriente dificultava que a SMS implementasse programas de qualificação profissional, por isso os gestores decidiram pela contratação de todos os profissionais da saúde por concursos.

**“Se, numa emergência, o médico atende um paciente e precisa da realização de exames, a SMS aciona de imediato o bioquímico e o laboratório, informa a necessidade da agilidade, e o exame acontece.”**

*Isaulina F. Rodrigues, secretária de saúde*



Recortes da Semana da Saúde em São João do Oriente, onde se trabalha junto à sociedade para promover a integração dos profissionais e das Equipes de Saúde com a população, estreitando os laços de solidariedade.



## Conferências Estaduais de Saúde: por todo Brasil o SUS é defendido

Com o tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, as Conferências Estaduais de Saúde têm o objetivo geral de avaliar a situação da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); garanti-la como direito fundamental do ser humano e fortalecer a participação do Controle Social no SUS.

Todos os Estados brasileiros tiveram suas conferências realizadas em outubro. Elas foram desmembradas em três eixos, sendo:

- Eixo I - “Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”;
- Eixo II - “Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e Pacto pela Saúde”;
- Eixo III - “A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”.

A discussão dos eixos em plenária é o momento das contribuições dos conselheiros às propostas apresentadas pelas Conferências Municipais de Saúde, e, nesta etapa também cabem os pedidos de destaque – quando é solicitada a alteração, parcial ou completa de um artigo, bem como sua remoção. Em geral, este costuma ser o momento mais expressivo da conferência, quando acontecem as grandes manifestações por parte de conselheiros, representados paritariamente por usuários, gestores e profissionais de saúde. É, por fim, o momento em que a democracia pode ser vivenciada plenamente, quando todos têm voz ativa.

Após as exposições dos palestrantes, os participantes são divididos em grupos de trabalhos para aprofundamento dos eixos, debates e votações das propostas que serão levadas para o relatório final da Conferência e, por fim, encaminhadas ao evento maior que é a Conferência Nacional de Saúde.

Outro ponto comum às conferências são as aprovações do regimento e a eleição dos delegados que vão à Conferência Nacional. O regimento traz todas as diretrizes acerca do andamento da Conferência e embora os participantes tenham acesso a ele antes do evento este é o momento onde são expostas divergências em relação à organização e estruturação do encontro; os delegados serão responsáveis por defender os interesses estaduais junto à Conferência Nacional.

A Revista Brasileira Saúde da Família acompanhou conferências estaduais em quatro regiões – Nordeste, Norte, Sul e Sudeste – a fim de captar as especificidades e as similaridades de cada uma delas.

As reportagens aqui apresentadas tentam refletir algumas das pautas atuais do Sistema Único de Saúde, muitas vezes demonstrando as contradições de nossa própria sociedade, mas capaz de conduzir a sociedade na definição das necessidades e direitos em busca de empoderamento e capital social e na defesa do modelo público e universal que estamos construindo no país.

Cerca de 90% dos pernambucanos são assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para debater as prioridades do sistema em Pernambuco, foi realizada, de 11 a 14 de outubro, a 6ª Conferência Estadual de Saúde David Capistrano Filho. O encontro ocorreu no Centro de Convenções e reuniu cerca de duas mil pessoas.

## Em Pernambuco atuação marcante de grupos organizados no Estado

Cento e oitenta e dois dos 185 municípios pernambucanos realizaram suas conferências este ano, demonstrando o quanto o Estado se articula em razão da saúde. Com o tema comum às demais conferências estaduais: "Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento", foram discutidos nos quatro dias de evento, os três eixos temáticos: "Desafios para a efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento"; "Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde" e "A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde".

"Temos, em Pernambuco, um Conselho Estadual de Saúde (CES) atuante, funcionando em sintonia com as instâncias de saúde e, o que eu acho mais importante, é o relacionamento que temos mantido com municípios, gestores e toda sociedade. Pernambuco tem historicamente uma participação importante no movimento da reforma sanitária e é evidente que faremos nessa conferência estadual um trabalho importantíssimo, visto a participação maciça dos municípios, quando tivemos esse ano 182 conferências municipais", ressalta o secretário estadual de saúde, Jorge Gomes.

**David Capistrano da Costa Filho** • A 6ª Conferência de Pernambuco foi batizada com o nome de um importante sanitarista pernambucano, David Capistrano Filho. Nascido no Recife, em 1948, David foi líder estudantil, médico, jornalista, autor e editor de livros, articulador político e conferencista. Além

disso, assumiu a Secretaria de Saúde e foi prefeito de Santos, em São Paulo. Depois, tornou-se consultor do Ministério da Saúde. David faleceu em 2000, em decorrência de câncer, e recebeu *post mortem* (entre diversas homenagens ainda em vida) a comenda Ordem do Mérito Médico, Classe Grã-Cruz, concedida pelo Ministério da Saúde, a médicos, brasileiros ou não, que se destacam no exercício da profissão, no magistério ou que tenham publicado obras de relevância para estudos médicos.

### Na conferência, destaque para representação de grupos organizados

• Também foram realizadas plenárias para discussão e votação das propostas e a eleição dos 116 delegados que irão compor a delegação Pernambucana na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Marcada por forte participação dos delegados, que levaram à plenária as mais diversas reivindicações e propostas de melhorias para o SUS, a Conferência destacou-se pela ampla representação da gama de movimentos populares da diversidade pernambucana.

Um exemplo disso se deu com a organização dos movimentos indígenas e quilombolas. Os representantes indígenas cobraram a implantação da Saúde Indígena de forma mais clara no SUS que, segundo colocaram em plenária, "em apenas dois lugares cita a saúde do índio, quando diz que é de âmbito federal e no bloco de financiamento, mas não deixa claro de que forma se dará essa pactuação. Exigimos a participação da autoridade sanitária indígena, que é o chefe de comunidade do distrito, tanto nas bipartites, quanto nas tripartites", disse um dos representantes.

A exigência indígena veio de encontro ao segundo eixo trabalhado: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde. Maior clareza também das ações de saúde no Estado de Pernambuco foi cobrada pelo delegado de Olinda, Juarez José da Silva, que reivindica o reforço do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em sua cidade. Para Juarez, "ainda há pouca integração entre governo e conselho, o que atrapalha o encaminhamento e acompanhamento de projetos relacionados à seguridade social", coloca.

Quem também cobra do governo do Estado uma maior atenção à sua localidade é Evaldo Francisco, representante de Petrolina: "minha comunidade, por ser distante da Capital, tem difícil acesso a serviços de saúde". Evaldo coloca que o conselho de Petrolina cobra tanto do município, quanto do Estado o incremento da estratégia Saúde da Família, inclusive com o aumento do número de Equipes.

**A conferência como palco para o rompimento de preconceitos** • Fernando Rodrigues, representante do GHC, Grupo Homossexual do Cabo de Santo Agostinho, levou ao Eixo I da conferência – Desafios para a efetivação do Direito Humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento – a discussão sobre a preparação dos profissionais de saúde para lidar com usuários do grupo de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros (GLBT): "é preciso que os gestores se empenhem em capacitar os médicos, enfermeiros e toda a equipe de saúde para lidar com esse público. Nem sempre somos bem tratados, o preconceito em Pernambuco apesar de velado, ainda é muito forte, inclusive de alguns profissionais da área médica, que não nos atendem satisfatoriamente".

"Um exemplo do preconceito é que ano passado nosso movimento formou uma caravana e fomos à Salgueiro, aqui no sertão pernambucano, onde um homossexual foi assassinado pela sua opção sexual e para evitar que isso se repita



Para o secretário de saúde de Pernambuco, Jorge Gomes, o "Sistema Único de Saúde é uma das mais importantes conquistas já realizadas dentro do processo democrático que o nosso país vem atravessando ao longo dos últimos vinte anos e o fato de Pernambuco ter tido 182 dos seus 185 municípios realizando as conferências municipais reforça a importância histórica do Estado no movimento da reforma sanitária".



Ariano Suassuna, renomado escritor e dramaturgo pernambucano, proferiu uma aula-espetáculo na abertura da conferência, na qual defendeu a construção de uma identidade brasileira por meio de seus textos teatrais.



Fernando Rodrigues, do Grupo Homossexual do Cabo de Santo Agostinho, cobra dos gestores a qualificação de profissionais de saúde capacitados a lidarem com o público GLBT.

é preciso mobilizar toda sociedade, começando da garantia que todos temos de acesso igualitário ao SUS”, defende Fernando.

### Criatividade e pesquisa para atender às novas e antigas demandas

• Como nas demais conferências estaduais, o terceiro Eixo trouxe o tema: “A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”. E essa participação no direito à saúde se deu com grupos que apresentaram formas diferentes de se trabalhar com a sociedade questões já propostas ou por meio de novos questionamentos.

Um exemplo de adaptação do discurso do SUS à realidade local se deu com a apresentação no saguão da conferência do grupo da Saúde da Família, de Paudalho, interior do Estado, frente à dificuldade de conscientização da população sobre a importância do uso do preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais. O grupo, coordenado pela enfermeira Raquel Gesteira, vinha encontrando a população desmotivada para assistir às palestras sobre o tema, então a solução encontrada foi transformar a palestra em um espetáculo. Utilizando da linguagem do teatro-cordel, de fácil assimilação pela cultura local, os ACSs se transformaram em personagens de histórias que se repetem frequentemente na comunidade: a adolescente grávida, a dona-de-casa infectada por DST, a prostituta que não leva na bolsa o preservativo, o homem que não admite o seu uso e a adolescente que tem vergonha de comprar ou buscar na Unidade de Saúde e por isso não se previne.

“Trabalhamos com essa nova forma de levar a informação há um ano e meio e, com certeza, já observamos a mudança no comportamento da população, percebemos maior cobrança das pessoas pelo preservativo na nossa Unidade de Saúde, mais pessoas nos procuram sobre o planejamento familiar e, hoje, somos convidados até para eventos de educação em saúde com este e outros temas, sempre trabalhando de forma lúdica problemas e desafios reais que nos chegam”, coloca a enfermeira Raquel.

Um exemplo de uma nova proposição ao SUS foi feito pela Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps) que defendeu a inclusão da discussão na conferência, e no próprio SUS, de mecanismos que trabalhem com a Saúde do Homem. Para José Carlos Silvan, usuário do Recife, todos os estudos mostram que morrem, em todas as faixas etárias e em todas as classes sociais, mais homens que mulheres, desde mesmo da infância.

“A questão da masculinidade se expressa de diversas formas e diferentes masculinidades precisam de atendimentos diferenciados, precisa haver um recorte do gênero masculino nas políticas de saúde pública”, coloca José Carlos, que completa: “na própria Atenção Básica vemos a falta do diálogo com o masculino, porque nas Unidades de Saúde, historicamente é a mulher quem vai pegar exames e, muitas vezes, o médico ou enfermeiro é obrigado a passar informações ao homem através da sua companheira. Existe um preconceito de que a idéia do cuidado à saúde é uma prática do feminino e que a mulher deve zelar pelo bem-estar físico do companheiro”.

O grupo estrutura sua proposta em quatro eixos: 1) a necessidade de se fazer a promoção de políticas que pautem a saúde do sexo masculino; 2) recomendação ao SUS de inclusão de práticas de gestão nos três níveis de complexidade; 3) formatações de estudos científico-acadêmicos sobre a problemática e, 4) articulações estadual/nacional de trabalhadores e usuários da saúde na defesa dessa pauta.



Irenilda Ramos de Brito, representante dos gestores, cobra uma melhor qualificação profissional, sobretudo dos técnicos de nível médio, que têm dificuldade de acesso à informação, principalmente quando afastados dos grandes centros urbanos.



“Seu” Juez da Silva, representante de Olinda, defende maior transparência entre as Secretarias e os Conselhos Municipais de Saúde.



Para José Carlos, da Aneps, entre os casos de mortalidade que atingem em maior número os homens estão a violência no trânsito, “que é claramente um caso de saúde pública”. O representante dos usuários defende a inclusão de políticas públicas que tratem da Saúde do Homem.



**O espaço também dos gestores** • Outra preocupação posta pelos gestores, durante a conferência, é a capacitação dos profissionais de saúde do Estado e como a conferência pode oferecer instrumentos para a valorização profissional.

Para a representante dos gestores de saúde, Irenilda Ramos de Brito, “o profissional de saúde, principalmente os técnicos, de nível médio, não conhecem o sistema no qual estão inseridos e, principalmente os profissionais que se distanciam das capitais e dos grandes centros, têm dificuldade de acesso à qualificação e a capacitação profissional deixa muito a desejar, então fica difícil discutirmos uma qualidade de atendimento. E, para mim, é para isso que existe a conferência, para dar respostas à sociedade civil a este tipo de problema que não conseguimos resolver enquanto profissionais, de buscar soluções através do debate de idéias”.

Ao todo, participaram da conferência 1.668 delegados, assim distribuídos: 626 usuários, 313 trabalhadores de saúde, 313 gestores e prestadores de serviços, 64 conselheiros de saúde, 48 conselheiros gestores de unidades de saúde, 16 usuários indígenas, oito usuários quilombolas e 124 delegados convidados.

**David Capistrano Filho** • “O único requisito indispensável é o compromisso. Compromisso com a vida e compromisso com os que sofrem” – David Capistrano da Costa Filho (retirado do livro: David da Saúde e da Vida, organizado por Marcelo Mário de Melo).



David Capistrano, importante sanitarista Pernambuco foi o grande homenageado na conferência que em 2007, levou o seu nome.

David Capistrano Filho foi um soldado da saúde pública, um defensor do “médico da família”, que hoje se torna realidade com a estratégia Saúde da Família.

Ativista político, desde cedo seguiu os passos do pai, o deputado David Capistrano, opositor da ditadura assassinado pela repressão política em 1974.

Nascido no Recife, Pernambuco, David formou-se em Medicina pela UFRJ. Engajado nas lutas nacionais e democráticas. Foi secretário de Saúde e secretário de governo da prefeitura de Santos de 1989 a 1992, e prefeito de 1993 a 1996, quando implantou um revolucionário programa de saúde pública e saneamento básico no município. Devolveu à cidade a imponência urbana que estava ameaçada por causa da degradação sanitária e da precariedade dos serviços públicos.

Dentre algumas das maiores contribuições de David Capistrano Filho à saúde brasileira, figuram:

- Destacado papel como um dos formuladores e inspiradores do Sistema Único de Saúde;
- Importância da contribuição ao programa “médicos de família” e ao Qualidade Total em Saúde;
- Atuação marcante junto às conferências nacionais de saúde com textos e intervenções;
- Extraordinário desempenho à frente das secretarias municipais de saúde de Bauru/SP e Santos e da Prefeitura de Santos, quando conseguiu tornar exemplares os serviços de saúde dessas cidades.



Evaldo Francisco, de Petrolina, defende que “nas conferências não cabe política partidária, mas a política que traga benefícios para o usuário e para os profissionais de saúde”.



Levar a informação de forma lúdica aos moradores da comunidade de Paudalho. Foi assim que a enfermeira Raquel Gesteira e sua equipe encontraram para divulgar e defender o uso do preservativo. Na foto, ela e seu grupo de ACS demonstram durante a conferência o trabalho realizado em educação em saúde.



Durante a conferência profissionais traduziram para a Libras (Linguagem Brasileira de Sinais) todo o conteúdo dito por gestores, usuários ou profissionais de saúde que tiveram direito à voz.



Participação intensa dos delegados dos 15 municípios do estado: essa foi a tônica da 5ª Conferência Estadual de Saúde de Roraima.

## Roraima é palco de conferência participativa em defesa do SUS



Alheios ao intenso calor no auditório do Palácio Latife Salomão, em Boa Vista, nos dias da 5ª Conferência Estadual de Saúde – 02 a 04 de outubro – representantes populares, de profissionais e gestores de saúde e grupos organizados teceram um encontro onde o diálogo esteve ora mais acalorado nas críticas à condução do Sistema Único de Saúde (SUS), ora exaltando suas conquistas, mas sempre – e unanimemente – em sua defesa e na luta pelo seu aprimoramento.

Com o tema: “Roraima reunido pela saúde e qualidade de vida”, esta edição da conferência é a primeira em que todos os municípios estão representados. Adaptando o tema da 13ª Conferência Nacional, “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, o evento contou com a participação dos gestores roraimenses, bem como da secretária estadual de saúde, Eugênia Glaucy, que também é presidente do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Esta centralização de cargos, que também ocorre em outros estados, tanto no âmbito estadual como municipal, de presidente do conselho – que tem por obrigação cobrar do estado providências acerca das diversas questões de saúde do estado – e de secretária de saúde – que, entende-se, deve ser a pessoa cobrada pelo conselho – gerou ampla discussão nas propostas de moções, pedidos de ordem e destaques no transcorrer da conferência. Diversos participantes fizeram um abaixo-assinado com moções de repúdio ao acúmulo de cargos por determinação regimentar.

Para Eugênia Glaucy, não existe a dualidade vista na ocupação de ambos os cargos, uma vez que “como presidente do conselho e como gestora estadual, pelo contrário, eu cobro duas vezes; enquanto conselheira eu cobro a participação municipal, enquanto gestora, tenho autonomia de ação sobre uma coordenação técnica estadual e posso viabilizar a descentralização dos serviços de saúde no Estado”.

A saúde em Roraima ainda é centralizada no Estado, sendo que os municípios ainda não possuem grande autonomia; isto se deve, dentre outros fatores, ao que se refere a ordem sócio-econômica, uma vez que o Estado foi criado recentemente, tendo sido elevado a esta condição pela Constituição brasileira de 1988.

A secretária enfatiza que o Estado paga desde o médico à alimentação dos serviços de saúde e que a descentralização fará com que o município assumira aquilo que lhe é de direito e dever. “Queremos dar instrumentos ao município para que ele caminhe por suas próprias pernas e entenda que o financiamento é tripartite – município, estado e união. Iremos continuar o co-financiamento, mas de uma forma cidadã e prevista nas leis que gerem o SUS (...) Estamos aqui para instrumentalizar a gestão, trazer propostas para melhorar a qualidade da atenção e apoiar os municípios em suas decisões”, completa a secretária.

Essa descentralização da atenção à saúde que em Roraima também foi colocada no Eixo I da plenária: “Desafios para a efetivação do Direito Humano à Saúde no



Carla Cristina, do MST/Roraima: “A conferência é o melhor momento para grupos organizados, como o MST de Roraima, lutarem pelos direitos da população excluída e, no nosso caso, pela dignidade dos trabalhadores rurais, sejam eles sem-terra, pequenos proprietários ou assentados”.

Marcos dos Santos, delegado indígena, cobra dos gestores mais atenção à saúde indígena e enfatiza a importância da troca de conhecimentos para a elaboração das leis, para que sejam levadas em conta o modo de vida indígena em suas diversas expressões e suas reais necessidades no contexto sócio-político-econômico atual.

Séc. XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”.

Grupos sociais organizados, como por exemplo, o Colegiado da Associação de Pessoas Portadoras de Deficiência, cujo delegado representante é Adalberto da Costa, defendem, no

entanto, que essa descentralização “só pode acontecer a partir da realização de concurso público para efetivação do quadro de servidores do estado com elaboração de cargos e salários, com o estado (União) oferecendo saúde desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade”. O delegado coloca que essa discussão foi um dos grandes motes das conferências municipais, por toda Roraima.

Adalberto intercedeu, também na plenária, pela inclusão de propostas, no relatório final, que atendem para as necessidades de portadores de deficiência física no Estado, defendendo desde a qualificação dos servidores de saúde para atender adequadamente a essa parcela da população até a melhoria do conceito arquitetônico das formas de acesso aos diversos serviços de saúde no Estado.

**Tratar os diferentes de forma diferente** • Com suas realidades, Roraima torna-se representativa da região que se insere por suas características, comuns a todos os estados do Norte: presença de grande área dentro da Floresta Amazônica e conseqüente presença intensa de comunidades indígenas; por se tratar de um Estado fronteiriço com alguns países da América Latina; condições climáticas – ar quente e úmido – que favorecem o

aparecimento de determinadas doenças, bem como a proliferação de endemias, como a dengue, por exemplo.

Para Carla Cristina, delegada do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra do estado de Roraima, a batalha pela luta nos direitos, tanto na saúde como



Para Eugênia Glaucy, secretária estadual de saúde e presidente do Conselho Estadual de Saúde, as diversas manifestações populares e colocações feitas pelos delegados que fogem das pautas previstas nas plenárias, “desde que não desvirtuem o andamento da conferência, sempre são válidas, pois nos trazem reflexões e vamos buscar nossas deficiências enquanto gestores e qual nossa responsabilidade na motivação da reivindicação daquele trabalhador”.



Adalberto da Costa, delegado do Colegiado da Associação de Pessoas Portadoras de Deficiência do Estado de Roraima, foi um dos delegados que cobraram melhorias nas leis que regem a saúde no Brasil, reivindicando melhores condições de acesso a portadores de necessidade especiais aos serviços de saúde, em todas as suas complexidades.



Para o observador Fábio Almeida, a conferência deve ser palco também da discussão sobre a criação dos fundos municipais de saúde, que, segundo ele, deve ser o pilar do Pacto pela Saúde, por prover os municípios de recursos financeiros para investirem de acordo com prioridades locais.

em outras áreas, pelo movimento sem-terra, é prejudicada devido à visão equivocada veiculada na mídia de uma forma em geral, "as pessoas têm uma imagem errada nossa, achando que somos baderneiros e que só queremos incomodar a burguesia, mas viemos à conferência cobrar nossos direitos, buscar melhores condições de trabalho e assentamento aos nossos agricultores, e fazemos nossa parte, capacitando-os, uma vez que, em Roraima, devido à forte história do garimpo, não tem uma cultura de trabalho no campo e cobramos também, educação e justiça social". Carla crítica, ainda, o excesso de assistencialismo proposto aos trabalhadores que não incentiva a autonomia e acomoda as pessoas".

A pactuação foi um dos temas tratados no Eixo 2: "Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: O SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Vida". Para o representante do Ministério da

Saúde na conferência, José Luiz Riane Costa, diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, as conferências são "espaços onde se dão o diálogo entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais e todos percebem que na conferência isso é um processo permanente e a pactuação é hoje a palavra de ordem dentro do SUS".

Como é natural a eventos dessa natureza, de participação popular, nem sempre as colocações feitas são pertinentes ao tema tratado em determinado momento, mas sempre são ouvidas com a devida atenção. Essas intervenções "são extremamente válidas, pois dão um ânimo para quem está aqui de saber que há gente lutando por seus direitos e reivindicando melhoras para o SUS", completa Riane.

**Representação de segmentos da sociedade** • Cada eixo foi discutido em salas de debate, nas quais os

conselheiros foram divididos de forma aleatória, procurando, assim, obter em cada espaço uma representatividade bastante mista do Estado, com delegados de diferentes municípios, a fim de que as resoluções tomassem o caráter mais abrangente possível e não se detivessem em discussões extremamente pontuais. Cláudia Garcez, psicóloga e delegada da região de Cantá, foi uma das facilitadoras destas mini-plenárias; ela coloca que se buscou a consolidação do que era pertinente a vários municípios "procurando assim, uma redação que abrangesse uma totalidade das opiniões de todos os roraimenses que participam e se utilizam do SUS".

Marcos Antônio dos Santos, representante indígena de Amajari, coloca que apesar de toda discriminação que enfrentam os indígenas no Brasil, a conferência é um espaço onde se pode buscar o reconhecimento do gestor público. Marcos fez questão

de cobrar com sua presença e seus destaques às propostas apresentadas, melhorias. Segundo ele, os índios "estão inseridos na sociedade como qualquer outro cidadão deste país, porque também pagam impostos, com a certeza de que a troca de conhecimento gerada pela participação ativa na sociedade só pode vir a acrescentar, para todos, índios e não-índios".

O Eixo 3: "A participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde", tratou, mais especificamente, dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e para a secretária de saúde e presidente do CES, Eugênia Glaucy, Roraima está "buscando uma voz ativa, procurando participar de todas as formas de instrumentos de gestão, do Controle Social, que são nacionalmente instituídos. Nos unimos a outros estados da Amazônia Legal e falaremos em nome de uma Roraima fortalecida na 13ª Conferência Nacional de Saúde".



Para Flaviney Almeida Pereira, presidente da Associação Estadual dos Agentes Comunitários de Saúde de Roraima, em pé, o terceiro da esquerda para a direita, a "participação dos agentes como delegados traz uma visão diferenciada à conferência. Pois como profissionais de ponta da estratégia Saúde da Família, o ACS tem maior contato com as reais necessidades da população do Estado em relação aos agravos de saúde que acometem os roraimenses".



A 5ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul foi marcada em pleno “feriadão” – 11 a 13 de outubro – no auditório da PUC, em Porto Alegre. Com a presença de 1.800 pessoas, os participantes debateram, deliberaram e fizeram manifestações em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

## Rio Grande do Sul reafirma importância da aliança com o judiciário



Os conselheiros aproveitaram para reafirmar seu orgulho pelas tradições gaúchas.

Na conferência estadual que mais promoveu integração com o judiciário, o promotor Mauro Luís Silva de Souza, coordenador de Direitos Humanos do Ministério Público (MP), ressaltou, durante a cerimônia de abertura, o papel dos conselheiros, “que constroem o SUS que devemos defender e reivindicam em nome do usuário”. A juíza e presidente da Ajuris, Denise Oliveira César, conclamou: “precisamos unir forças na luta pela garantia dos serviços do SUS e é isso que fazemos. Queremos financiamento para a saúde porque é um direito fundamental”.

O presidente da Associação de Secretários e Dirigentes Municípios de Saúde do RS (Assedisa), Roberto Miele, declarou que diversos municípios têm tirado recursos da Atenção Básica para atender a média e alta complexidades. Flávio Luiz Lammel, da Federação das Associações de Municípios do RS (Famurs) considera que o MP deveria cobrar também dos Estados o cumprimento da Emenda Constitucional 29, “e não apenas dos municípios”.

Clarita de Sousa, chefe do núcleo estadual do Ministério da Saúde, também compôs a mesa de abertura e ressaltou que apenas recursos não bastam, “gestor não é bom se não buscar recursos, pois é tarefa dele. Mas isso não basta, temos de ter um acordo em nome da saúde; o PAC da saúde foi lançado para mostrar que as políticas de saúde contribuem com o desenvolvimento do país e vamos procurar discutir propostas que tragam qualidade e quantidade ao serviço de saúde”.

O deputado Henrique Fontana alertou para que os participantes da 5ª Conferência evitassem falar em “apagão” da saúde, “pois esse SUS garantiu um programa de pacientes com Aids que é o melhor do mundo, garantiu atendimento a 12 milhões de pessoas em 2006 e muito mais. Temos orgulho da história que construímos até agora; a universalidade não é fácil, mas deve ser perseguida”.

Para a secretária substituta da Secretaria Estadual da Saúde, Arita Bergmann, a responsabilidade e o crédito pelo sucesso do Sistema Único de Saúde devem ser dos municípios, “são os trabalhadores que fazem o sucesso do SUS, afinal de contas eles vão ao encontro do usuário”. Para ela, o SUS é um sistema novo, “porém maduro”.

O vice-prefeito de Porto Alegre, Eliseu Santos, e a presidente do Conselho Estadual de Saúde, Maria Helena Lemos da Silva também participaram da abertura que contou, em seu encerramento, com o hino rio-grandense. Maria Helena Lemos, que em alguns momentos precisou conduzir os trabalhos com certa firmeza considera que “principalmente na questão do controle social, a gente administra uma platéia com um número bastante grande e difícil, onde temos vários segmentos com diversos interesses e diferentes formações, então é uma questão de colocar ordem mesmo; não queremos privar ninguém de ter a palavra, mas também para manter a ordem e a democracia temos momentos difíceis, mas não significa que vamos aceitar agressões”.

Em mais uma conferência, o momento de análise do regimento gerou grande polêmica. No Rio Grande do Sul ela se estendeu até o último dia do evento, já que, de acordo com a votação, a escolha do delegado passou a ser por segmento e coordenadoria – o Estado é dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. O representante dos usuários, Jorge Senna, era um dos mais revoltados com a questão, ele acredita que não foi considerada a proporcionalidade populacional, “Porto Alegre que tem mais de um milhão de habitantes está indo com um delegado e fez uma conferência municipal com mais de 700 delegados, então é preocupante que a gente fale em democracia”. Para muitos, o debate tornou-se uma briga entre capital e interior do Estado.

O Eixo I ficou a cargo do desembargador Humberto Jacques de Medeiros, do MPF/RS. Para ele, a conferência é o melhor momento para discutir e refletir, “olhar onde erramos e como acertar. Esta é a primeira conferência do século XXI e o que estamos fazendo para pensar o futuro? teremos uma aproximação dos problemas entre eles, pois estamos há anos tratando as consequências e não as causas; o novo século vai cobrar porque investir na medicina curativa e não preventiva”. O desembargador lembrou que a democracia sanitária é o grande sucesso do SUS, onde as questões de saúde são geridas coletivamente, “pois a sociedade unida enfrenta os problemas”; segundo ele, o desafio do século XXI é o mesmo do século XX: “a consolidação e irreversibilidade da democracia sanitária”.

O tema “Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e Pacto pela Saúde” foi exposto pelo consultor do Conasems, Gilson Carvalho, que falou para uma platéia entusiasmada que o SUS “não é do gestor e nem do profissional de saúde, ele é de todos nós e se não formos atores desse processo vamos deixá-lo falecer”. Carvalho considera a Atenção Básica como atenção primeira ou de primeiro contato, “a atividade não é básica, é complexa, nesse primeiro contato podemos resolver grande parte dos problemas. Temos discurso de prevenção, mas investimos o dinheiro da saúde em cura; precisamos tirar remédios desnecessários, exames inadequados”.

Gilson Carvalho apontou como uma das saídas para a saúde do Brasil, a coibição da corrupção “e corrupção é furar fila do SUS, encher o bolso de remédio da Unidade Básica de Saúde, ganhar por 8 horas e cumprir seis, pedir exames sem necessidade, dentre outras coisas”. Para Gilson Carvalho, cabe aos conselhos de saúde a renovação e transmissão de conhecimento ao maior número



O observador Jesse James Marquesotte e Maria de Lurdes dos Santos, delegada representante do segmento dos usuários. Para ele, a expressão observador “passa a impressão de que nem podemos falar, de que estamos aqui espionando. Mas eu tenho um papel fundamental que é dar suporte aos delegados”.



Componentes da mesa de abertura cantam o Hino do Rio Grande do Sul



A representante do MS, Clarita de Sousa, lembra: gestor não é bom se não buscar recursos.





Gilson Carvalho: "a Atenção Básica ou atenção primeira é o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde e é fundamental que ele aconteça de forma boa e efetiva. Estamos trabalhando na última década para que a Atenção Básica seja colocada como fundamento da atenção à saúde".



Hall do auditório com diversos pôsteres.



Delegados e observadores procuram suas salas para participarem dos Grupos de Trabalho.

possível de pessoas, "a glória não é se perpetuar no cargo e sim formar novos conselheiros, trazer mais gente". Sobre a expressão controle social, Gilson Carvalho afirma que ela não existe na Constituição brasileira, "nem na lei sanitária, prefiro participação da sociedade".

O terceiro Eixo, apresentado pelo conselheiro do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Volmir Raimond tem como ponto principal a participação da sociedade que, segundo ele, está garantida na constituição e assegura a efetivação dos direitos humanos. Volmir levantou algumas questões referentes à atuação do conselheiro, tais como: "todos trabalhamos e temos família, como conciliar com as inúmeras atividades do conselho? Às vezes falta dinheiro para deslocamento, como participar mesmo assim? o trabalho do conselheiro é corajoso e de desprendimento. Antes de sermos conselheiros, somos cidadãos participativos que pensamos de uma forma global e aberta que é o SUS. Como desafios, o conselheiro apontou a garantia de orçamento próprio para os conselhos, a inclusão digital e a educação permanente para o controle social do SUS, "quando se conhece, se participa e luta para que o serviço funcione".

Volmir, que também é da União Brasileira de Cegos, acredita que sua atuação não pode se limitar a defender os portadores de deficiência visual, "não é que eu não vá defender os cegos, mas eu tenho que pensar no contexto geral; o sistema é para todo mundo, é para os cegos e para os que ainda não ficaram cegos. Toda ação que eu fizer tem de ser muito maior do que o âmbito que eu vivo e esse âmbito é o que eu chamo de um conselho mais amplo que não depende de uma categoria; eu posso continuar defendendo propostas para cegos mas sabendo que, por exemplo, 7% da população brasileira tem problema visual, então eu estou defendendo essa camada".

A palestra magna foi proferida pelo diretor do CNS, Wander Geraldo da Silva, que lembrou que a perpetuação nos cargos de conselheiro é errada, "tem uma fila grande pra andar".

Após as apresentações das plenárias, foram formados os grupos de trabalho para análise das proposições, que mesmo já tendo sido aprovadas nas conferências municipais, em âmbito estadual ganham outra proporção e os ânimos ficam exaltados. Para Lurdes Ville Teles de Souza, representante dos usuários, a "conferência não abrangeu a necessidade do usuário, do que acompanhamos no dia-a-dia". Lurdes considera que o povo deve lutar pelos dois melhores sistemas, "nós temos aqui em Porto Alegre duas experiências invejáveis: um é o Sistema Único de Saúde, pelo qual temos que lutar para que seja aperfeiçoado e temos, ainda, o orçamento participativo que proporciona uma forma de contato com as prefeituras com todos os segmentos sociais".

De acordo com Stênio Rodrigues, do Conselho Estadual de Participação e Desenvolvimento da População Negra dos Estados do Brasil, o movimento reivindica uma política pública de saúde que atenda à população negra, "a atenção à saúde do Sistema Único de Saúde deixa muito a desejar considerando que o negro possui algumas diferenças em relação às outras etnias e esse olhar no SUS não é contemplado; quando a gente analisa a partir das pesquisas existentes, há uma taxa de mortalidade muito maior nos grupos negros mesmo em melhores condições sociais, pois ainda existe o racismo institucional, a formação dos profissionais de saúde no país não contempla nossas especificidades".

José Cristiano Sócrates, representante do segmento dos trabalhadores e enfermeiro da estratégia Saúde da Família, na plenária final, ao perceber que o movimento negro vinha constantemente perdendo propostas interveio:

"o grupo como um todo ao suprimir propostas importantes, desconhece as questões apresentadas ou não tem uma avaliação da realidade e isso acaba levando ao erro; infelizmente a grande maioria acaba sendo iludida como a questão que estamos discutindo das fundações de direito privado, por exemplo, que muitos são contra e nem sabem o que é". Para ele, os grupos sociais devem se organizar na base, "tem de ser feito de uma forma que a base possa trazer as necessidades reais e é nesse processo todo que vão se acumulando conhecimento e as melhores propostas, mas de uma forma real". Sobre a visível desarticulação dos grupos representantes das minorias, Cristiano reflete que "uma das características do momento político que o estado vem sofrendo é um processo de desarticulação dos movimentos e uma tentativa de reduzi-los, de tornar as discussões superficiais".

Jussara Cony, representantes dos gestores/prestadores, uma das delegadas eleitas para ir à Brasília e superintendente do Grupo Hospitalar Conceição acredita que a 13ª Conferência representa "um outro patamar, pois estamos num projeto nacional de desenvolvimento liderado pelo presidente Lula que é exatamente o de fazer essa interação entre saúde e desenvolvimento. Essa conferência, para mim, contempla 40 anos de luta na saúde porque vem no rumo da saúde e do projeto de desenvolvimento. Acho que nós devemos dar respostas e a Conferência Nacional vai ser um grande momento para isso".



O movimento estudantil era um dos articulados na 5ª Conferência Estadual de Saúde. Dentre representantes dos usuários, profissionais, delegados e observadores de diversas localidades do Estado, os estudantes e residentes consideram importante a integração. Para eles, é um momento de vivenciar espaços de discussão, "muitos aqui já debatem o movimento estudantil na saúde; não tem como não pensar e se sentir nesse processo; o profissional é formado em blocos, mas precisa construir o processo no macro".



Jussara Cony acha que a 13ª Conferência Nacional de Saúde justificará os 40 anos de luta na saúde.



No dia 12 de outubro, Dias das Crianças, muitos participantes levaram seus filhos para a Conferência.



Trabalhadores se mobilizam para alterar o regulamento mais uma vez. Ao centro, Jorge Senna, um dos articuladores do movimento.



O grande número de participantes da 5ª Conferência e nas pré-conferências estaduais realizadas em Guarulhos e Campinas – já que as duas cidades possuem mais de um milhão de habitantes – refletiu a preocupação em torno do tema “Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento”.

## Estado de São Paulo reúne quase 2.500 pessoas em conferência, entre os dias 4 e 6 de outubro



A dificuldade de locomoção não é um empecilho para a participação, pelo contrário. Rivaldo Aparecido Pereira de Lima e Valdir Padovan lutam pela acessibilidade dos usuários.

A Conferência teve como principais objetivos a avaliação da situação da saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde; a definição de diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, de desenvolvimento humano, econômico e social; a definição de diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS.

**Dia 04 de outubro de 2007, o primeiro dia** • Participaram da abertura, o médico e atual presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia; o secretário estadual de saúde Luiz Roberto Barradas Barata; o presidente do Conselho Estadual de Saúde, Renilson Rehen de Souza; o presidente do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde, Jorge Harada; o coordenador geral da Conferência, Paulo Mangeon Elias e um representante de cada segmento: gestor/prestador, trabalhador e usuário.

Em sua fala, Arlindo Chinaglia fez uma homenagem aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que estavam, naquela semana, comemorando o seu dia. Para o deputado, o tema da conferência dá toda a dimensão do que é o conceito de saúde e suas variáveis e ressaltou seu compromisso ao assumir a presidência da Câmara de colocar em pauta a regulamentação EC 29.

Jorge Harada afirmou que a 5ª Conferência é a maior realizada até então e que o controle social passa por um momento de amadurecimento. Para ele, o SUS não deve ser política de governo, mas de estado e que não basta ter seus princípios decorados, mas incorporados, “devemos tratar os diferentes de maneira diferente e trabalhar de forma integrada: a Atenção Básica como base estruturante e em harmonia com a média e alta complexidades”.

O coordenador da 5ª Conferência, Paulo Elias, encerrou a abertura lembrando que o Conselho Estadual de Saúde assumiu integralmente todas as fases do evento, que geralmente é feito em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.



Representantes do grupo GLBT: Marcelo Pereira Felix (Jaboticabal), Luiz Eduardo dos Santos (Guarujá), Sueli Palacine (Santo André), Mário Márcio Estremonte (Ilha Solteira) e Marcelo Gil (Santo André).

Marisa Dandara, ao centro, representante dos usuários de São Paulo e representante do movimento negro, das mulheres e quilombolas.

A conferência magna foi proferida pelo professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e ex-secretário municipal de Saúde de Campinas, Gastão Wagner de Souza Campos. Segundo ele, as secretarias estaduais têm relação e responsabilidade diretas com a Atenção Básica (AB), “o modelo tem sido subestimado. Substituir a Atenção Básica pelo pronto-atendimento é demagógico, *fast-atendimento* não é Atenção Básica”. Para Gastão Wagner, o modelo de territórios utilizado na AB, deve ser expandido para o SUS, “o sistema tem de ter base territorial e o SUS não conseguiu avançar na regionalização, pois os hospitais não estão na rede. Não é o paciente que deve se virar para achar um exame, é a rede: isso é responsabilização sanitária”.

Embora os delegados tenham acesso ao regulamento antes da conferência e este não traga muitas surpresas em relação aos anteriores, ao da conferência nacional e aos de outras conferências municipais e estaduais, o debate acerca das regras que vão reger os dias de conferência é sempre muito acalorado e leva mais tempo que o previsto pela comissão organizadora.

**Dia 05 de outubro de 2007, os eixos temáticos** • Os eixos temáticos, e suas respectivas propostas, foram divididos em três: Desafios para Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século 21: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde e; A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

As apresentações dos eixos foram facilitadas pelas palestras de Ana Luiza Vianna, Adib Domingos Jatene e Wander Geraldo da Silva.

O médico e ex-ministro da Saúde, Adib Jatene destacou em sua apresentação que o Agente Comunitário de Saúde é a base da estratégia Saúde da Família, uma vez que o vínculo com a comunidade é a característica fundamental deste profissional “que deve ser escolhido pela família”.

Em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família, o ex-ministro lembrou da sua participação na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no auditório do Itamaraty e com a presença apenas de técnicos e da 8ª Conferência, em 1986, “já em um ginásio de Brasília, com ações sindicais, ONGs e uma quantidade enorme de gente”. Adib Jatene recorda, também, que presidiu a 10ª Conferên-



### Luta pela regulamentação da EC 29 é a bandeira da 5ª Conferência

Um dos pontos mais defendidos durante toda a Conferência, palestras, falações e que teve direito à passeata e ato público foi a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 – que visa vincular os recursos e definir o que são ações e serviços de saúde. Cobrar urgência do Congresso Nacional em regulamentar a Emenda e a defesa incondicional do Sistema Único de Saúde foram as bandeiras dos participantes da 5ª Conferência Estadual de Saúde.



cia, em 1996, em que foi consagrado o atendimento básico e o Piso da Atenção Básica (PAB).

O presidente da Confederação Nacional das Associações de Moradores, Wander Geraldo da Silva, que também foi um dos palestrantes na Conferência, defendeu que as entidades que representam os usuários e os trabalhadores na saúde intensifiquem os debates em sua base para mostrar que o SUS é uma vitória, “e que não podemos retroceder e para isso precisamos da participação e do controle social”. Para Wander, o cidadão deveria aprender os seus direitos na escola e pela televisão – uma vez que a televisão é uma concessão e o poder público deveria exigir esse tipo de programação.

Foram formados cinco grupos de trabalho para cada eixo temático, abrangendo temas dos mais variados aspectos da saúde e que foram levantados nas conferências municipais e nas pré-conferências. As propostas vão do direito à saúde, Atenção Básica, financiamento e formas de gestão a meio ambiente,

tabaco, álcool e outras drogas, nutrição e alimentação, saúde da criança e do adolescente, de homossexuais e de moradores de rua, saúde bucal, acesso a medicamentos de alta complexidade e reformulação da lista permanente de medicamentos básicos do país, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e termalismo.

**Dia 06 de outubro de 2007, a plenária final** • Ao final, a 5ª Conferência Estadual de Saúde aprovou 526 propostas e 57 moções. Para a delegada Maria de Lourdes Rodrigues, algumas propostas são pontuais, “se eu tivesse de destacar as propostas por importância eu destacaria a proposta número 1, que é a defesa do estado laico como pressuposto de efetivação do SUS”.

A população GLBT – Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros – conseguiu aprovar três propostas no relatório final. “Só de ter o nosso nome consolidado, para a comunidade já é uma vitória, porque é a primeira vez que em todas

as conferências do Brasil, que a comunidade, e a saúde da população GLBT foi questionada; é o começo de um novo olhar”, diz Marcelo Gil, de Santo André.

A conferência representa as contradições da sociedade; é interessante observar que em uma plenária com tantas vozes e de pessoas e grupos com posições, muitas vezes antagônicas, o consenso é difícil. Um exemplo disso foi que a mesma plenária que aprovou a proposta 116 que visa “Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, respeitar a autonomia das mulheres sobre seu corpo, reconhecer o aborto como problema de saúde pública e discutir sua discriminação” aprovou, também, a moção de repúdio ao PL 1135/91 da Lei do Aborto, com 376 assinaturas.

O movimento que luta em defesa da promoção, assistência e prevenção de eventos que são mais agravantes na população negra e é um dos mais antigos e, conseqüentemente, integrados no Brasil conseguiu a aprovação de seis propostas no relatório final. Marisa Dandara, repre-



### Agentes Comunitários de Saúde participam em peso da 5ª Conferência Estadual de Saúde

Se alguém tinha alguma dúvida do papel político do Agente Comunitário de Saúde (ACS), não há mais espaço para isso. Após receberem homenagens de diversos participantes da 5ª Conferência, os diversos ACS que estavam no evento mostraram que se depender deles a importância do controle social será disseminada pelo estado de São Paulo adentro.

Francisca Franciele da Silva ressalta a importância da sua participação na conferência, “somos o elo entre a comunidade e o controle social. Então porque não estar aqui junto com os trabalhadores formulando a política? o usuário reclama do sistema de saúde mas não sabe que tem um lugar para reclamar, para participar; quando ele vem fazer alguma reclamação eu o convido para participar das reuniões do conselho local e a gente explica o funcionamento dos conselhos e do controle social

Margarida Ana Serra, que é do conselho local, diz que ser ACS é ser agente transformador, “o agente comunitário de saúde atua em diversas situações e transforma a vida da pessoa resgatando, inclusive, sua cidadania; pois, às vezes, ele não é só um usuário doente, ele é também um cidadão doente.

Jonia Maria lembra da importância de pensar coletivamente, “pensando em melhorias não para si próprio, mas para todo mundo você consegue junto com a população tudo aquilo que pretende para o seu bairro ou município”.

sentante dos usuários da cidade de São Paulo, diz que a participação dentro das diversas áreas dos movimentos sociais no Brasil, hoje, é qualificada, o que, de certa forma, garante avanços legais, “mas na prática ainda estamos debatendo e reivindicando por coisas que já foram discutidas em conferências, para que sejam implementadas de fato lá na ponta, no quilombo, nos assentamentos. A prática ainda deixa a desejar, mas já conseguimos certa notoriedade e sensibilidade para essas questões, sobretudo para que esse país admitisse que é racista e

a partir daí comece a desenhar políticas públicas com a nossa participação para a superação desse racismo, do preconceito e das discriminações que nos atingem, nos enlouquecem e nos adoecem”.

Dandara, que também milita em defesa das mulheres, diz que houve avanços, mas “a saúde ainda não considera a especificidade da mulher negra, da mulher indígena, asiática. Tratam-se todas como iguais e nós não somos e essa especificidade tem de ser observada se você quer dar um bom tratamento de saúde”. Em relação aos quilombolas, a Equipe de

### Propostas aprovadas no relatório final:

- Implementar a mudança no modelo assistencial a saúde, com centralidade na Atenção Básica, como garantia ao direito humano à saúde da população;

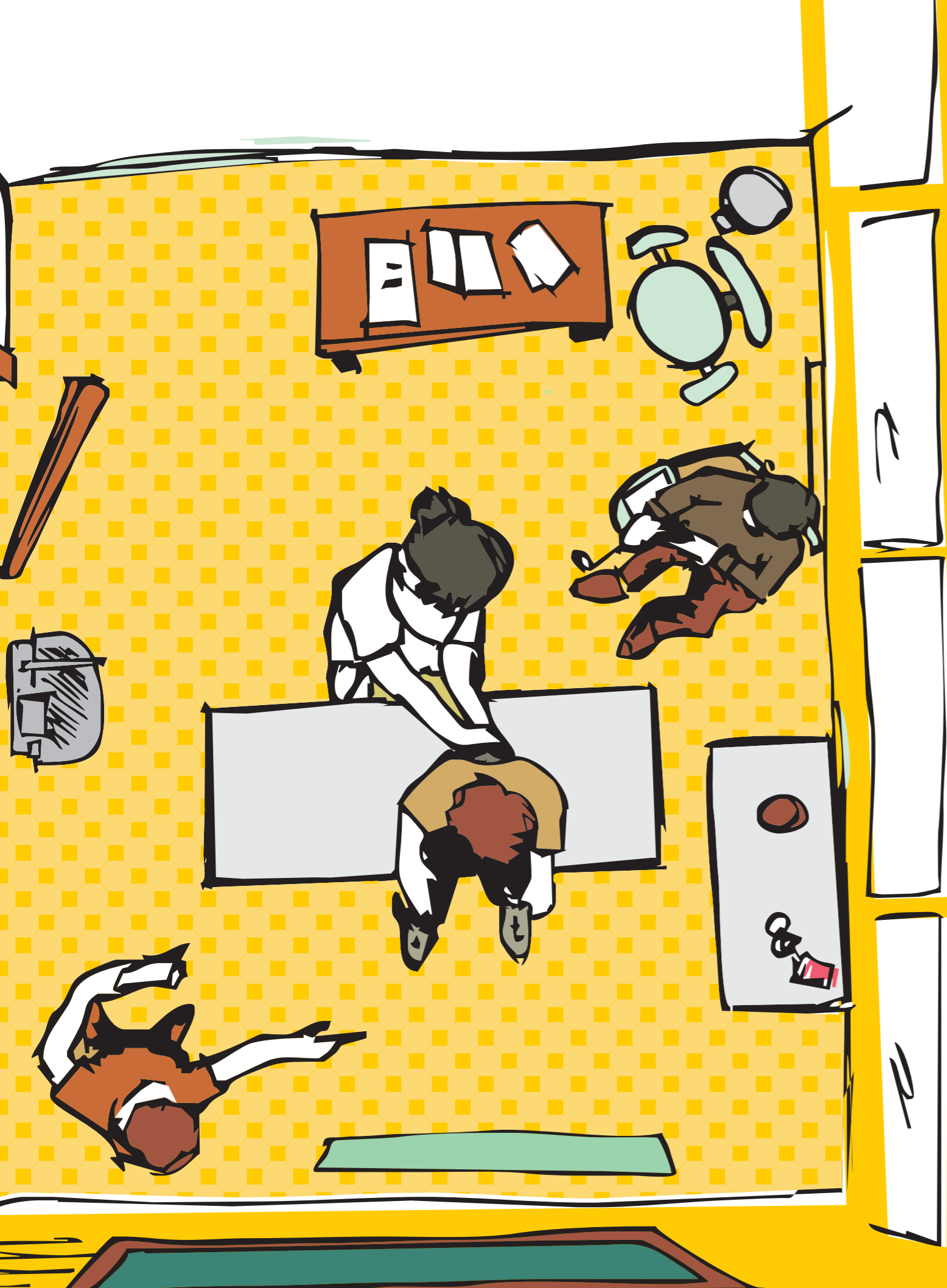
- Intensificar a defesa do atual modelo técnico-assistencial conhecido como estratégia Saúde da Família.

Saúde da Família, por exemplo, precisa ser formada, capacitada para entender as questões com as quais vai lidar ligadas à religião e ao racismo e sua consequência – como hipertensão, que na população negra acontece com maior frequência por uma questão biológica; será que o racismo influencia nessa questão?

A saúde da população indígena também teve um espaço na 5ª Conferência Estadual de Saúde com a inserção de quatro propostas no relatório final. Maria do Rosário Santos, da Comunidade do Real Padre, diz que a participação é fundamental, “para nós tem uma importância muito grande, até porque somos um povo esquecido e hoje estamos começando a lutar pelo nossos direitos e eu acho que inseridos no controle social, participamos na questão da saúde, o que é muito importante, pois temos o direito de lutar por uma saúde melhor e uma qualidade de vida melhor para nosso povo indígena. A nossa participação já aumentou, por exemplo, o acesso à saúde e as comunidades menos afastadas têm visto a diferença entre participar e não participar, pois agora a Equipe de Saúde da Família vai até a comunidade indígena”.

Ainda sobre as propostas, no que se refere especificamente à Atenção Básica, a 5ª Conferência Estadual de Saúde aprovou 19 itens – que podem ser acessados no endereço eletrônico <http://portal.saude.sp.gov.br/content/consolidado.mmp>.





## Controle Social e Gestão Participativa na Atenção Básica à Saúde das Populações

**Eduardo Stotz**  
Sociólogo, educador popular e pesquisador da  
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Uma coisa importante que nós aprendemos, quando começamos a trabalhar com o movimento popular, ainda em 1975, é que a população não era bicho, não ameaçava. E a gente aprendeu que, quando a população empurra, o sistema de saúde anda. Quem sabe dos problemas lá no local é a população, não somos nós sanitaristas daqui, que sabemos.

*José da Silva Guedes*

**Artigo:****Controle Social e Gestão Participativa na Atenção Básica à Saúde das Populações**

A conclusão da etapa municipal das conferências como parte da mobilização para a 13ª Conferência Nacional de Saúde em todo o país abre a oportunidade de uma reflexão sobre o papel dos profissionais, gestores, técnicos e pesquisadores na luta da população pelo direito à saúde. Dizemos isso porque o município é o nível de organização do sistema de saúde mais próximo da população em suas condições, dificuldades e possibilidades de vida, adoecimento e cura. Então as conferências municipais de saúde propiciam um momento no qual se pode, legitimamente, perguntar: face ao estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saber:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O que temos feito ao longo dos três últimos anos? O que conseguimos de fato alcançar na perspectiva do direito à saúde, questão a ser desdobrada, na análise de curto prazo, na seguinte: que processos conseguimos instituir para tentar alcançá-los?

Certamente ao fazer este tipo de pergunta vêm à cabeça outras: quem somos 'nós', sujeitos destas perguntas? Vamos assumir a perspectiva dos servidores públicos, dos profissionais, gestores, técnicos e pesquisadores responsáveis, nos diferentes níveis da autoridade pública, por garantir a efetivação do direito à saúde, como diz o artigo 196, mediante políticas, ações e serviços.

Claro, em primeiro lugar, é necessário examinar as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Em segundo, avaliar ações e serviços voltados para sua promoção, proteção e recuperação.

Sabemos que o Brasil continua a ser um país com enorme desigualdade social e que, apesar da redução da miséria absoluta por conta de mecanismos de transferência de renda como o programa Bolsa Família e dos benefícios previdenciários, a diferença entre os muito ricos e os muito pobres se manteve ao longo dos últimos anos. Segundo o Radar Social do IPEA, em 2005, último ano em que o IBGE publicou este dado, 1% dos brasileiros mais ricos ou 1,7 milhão de pessoas detém uma renda equivalente à da parcela formada pelos 50% mais pobres ou 86,5 milhões de pessoas. Se houve uma melhor distribuição da



renda entre os trabalhadores, a renda do trabalho declinou em cerca de 50% do PIB, em 1980, para 39% em 2005. Nesta avaliação são considerados os efeitos da riqueza financeira, como lucros e juros.

As condições de vida da maioria da população são caracterizadas por jornadas prolongadas para garantir renda mais elevada, pela precariedade no trabalho (a informalidade representa 25% da população economicamente ativa) e de desemprego (9% da população economicamente ativa). Não por acaso as pessoas das classes trabalhadoras adoecem e morrem mais por todas as causas.

O que tem sido possível, contudo, fazer no tocante à dimensão do acesso às ações e serviços nas diversas modalidades de atenção à saúde? Para responder essa pergunta não é indiferente saber o contexto de nossa atuação.

A responsabilidade pela implantação de um sistema público de saúde com a participação popular, de modo a fazer prevalecer o direito à saúde numa perspectiva mais próxima da população, depende, em boa medida, da atuação dos gestores. Sabemos que numa parte do país, o sistema de saúde no nível local, do ponto de vista da produção de serviços, é organizado pelo setor privado conveniado. Mesmo quando uma gestão comprometida com o caráter público do SUS assume a gestão municipal, as alianças político-partidárias acertadas nos processos eleitorais podem limitar seriamente propósitos reformistas de técnicos progressistas nas secretarias de saúde, como se verifica em diversos municípios, seja do interior, seja em regiões metropolitanas.

Até onde essas limitações são menores, muitas vezes prevalece um entendimento estritamente técnico desta responsabilidade, como se fosse possível, de um lado, conhecer de antemão a dinâmica sócio-cultural de adoecimento, cura ou morte e, por outro, lidar com os obstáculos para alterar esta dinâmica sem modificar as estruturas de poder instituídas.

Noutra parte do país, porém, há tentativas de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde baseada na mobilização popular sustentadas em processos políticos de mudança desejados pela maioria da população (Almeida et al. 2007).

Na verdade, modificar os contextos onde ainda prevalece o interesse econômico sobre o direito à saúde implica em conferir absoluta relevância aos processos de mobilização popular em suas diferentes formas, assunto que será retomado mais adiante.

As conferências municipais realizadas e a preparação da 13ª Conferência Nacional de Saúde também propiciam a oportunidade para uma reflexão de caráter conceitual e histórico, de modo tanto a socializar novos atores – servidores contratados, organizações civis e populares – que surgem na cena política do país ao longo do tempo, como o de identificar

novos processos que interferem na dinâmica de adoecimento, cura e morte da população.

Neste sentido vale lembrar que controle social é a denominação da participação da sociedade civil na formulação, gestão e avaliação da política pública. Historicamente essa participação passou a assumir, a partir da Constituição de 1988, o objetivo de fortalecer a descentralização dos recursos destinados a garantir a efetivação de direitos na área social, a exemplo da educação, da saúde e da assistência social.

O termo controle social foi instituído com a legislação orgânica da saúde, um desdobramento político-institucional importante da seção II da Constituição de 1988, dedicada à Saúde. Aliás, o termo controle social não consta do artigo 198 que define as diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Consta a "participação da comunidade" que, na História do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada.

Com a legislação orgânica da saúde, isto é, principalmente as leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu-se um marco jurídico-institucional que viabilizou a efetivação do direito social à saúde nos termos da Constituição brasileira. Deve-se levar em conta que tal conquista aconteceu entre o final do governo Sarney e o início do governo Collor que iniciou a era neoliberal em nosso país. Por isso, a aprovação daquelas leis somente pode ser entendida à luz da longa mobilização política popular do período imediatamente precedente e da unidade das forças políticas em favor do SUS no início dos anos 1990.

Dispomos de algumas contribuições (Escorel, 1998; Faleiros et al, 2006; Stotz 2005) para entender este processo, comumente denominado de Reforma Sanitária, isto é, do processo de mobilização popular e de formulação política e técnica de propostas que acabaram por configurar os marcos jurídicos, políticos e institucionais do Sistema Único de Saúde. Ao lado da articulação político-partidária, é importante destacar a mobilização popular durante o momento constituinte, dada a forte resistência do empresariado contratado e conveniado ao Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária e Social (Inamps) e a configuração conservadora da maioria do Congresso Nacional que naquele momento assumia a função constituinte, derrotando a proposta de uma Assembléia Nacional Constituinte exclusiva. Aquela mobilização aconteceu pelo envolvimento de centenas de movimentos e organizações populares nas Plenárias Nacionais de Saúde, pela realização de atos públicos e pela adesão de mais de 100 mil assinaturas na emenda popular da saúde encaminhada ao congresso constituinte pelo então deputado federal Antonio Sérgio Arouca (Faleiros, 2006; Secretaria da Gestão Participativa, 2005).

Nos anos 1990, porém, houve uma desmobilização dos movimentos populares. A institucionalização do SUS por

**Artigo:****Controle Social e Gestão Participativa na Atenção Básica à Saúde das Populações**

meio das normas que operacionalizaram os dispositivos da lei orgânica da saúde acabou por ser um processo de instituição do controle social, uma vez que a criação dos conselhos de saúde passou a ser uma condição legal para a municipalização dos serviços e a transferência de recursos por meio dos fundos públicos (Carvalho, 1995). O debate sobre o papel dos conselhos de saúde levou Soraya Cortes (1998) a referir-se a uma polêmica entre 'otimistas' e 'pessimistas', conforme a ênfase nas possibilidades ou dificuldades dos conselhos de saúde de se tornarem espaços de decisão política. Contudo, o que estava em questão era o próprio entendimento sobre a participação popular na saúde, algo que não poderia estar dissociado de outros valores, como a democratização do poder e justiça social.

Lembremos que, nos termos propostos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a participação foi definida como controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. Contudo, a participação passou a ser definida a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, como controle social sobre políticas (Guizardi et al, 2004). A ênfase do controle social a ser exercido pelos conselhos de saúde deslocou-se, portanto, da formulação para a fiscalização das políticas.

Sabemos que a regulação na saúde, tanto do setor público, como do privado, se dá à margem das instâncias de controle social do SUS: é uma atribuição das comissões intergestoras bipartites e tripartites (secretarias municipais e estaduais de saúde) e tripartites (secretarias municipais e estaduais e Ministério da Saúde). A Agência Nacional de Saúde regula o setor privado autônomo na saúde, também conhecido como Saúde Suplementar. As entidades profissionais têm um poder auto-regulatório das respectivas práticas.

A superação destas limitações requer outra concepção de participação popular. O desafio consiste em retomar o ponto de partida da 8ª Conferência Nacional de Saúde e de aprender com as experiências de organização de conferências posteriormente realizadas em várias partes do Brasil para a escuta daqueles que não têm participação direta nos espaços formais da gestão participativa no SUS.

Uma dessas experiências aconteceu em 1992 numa pequena cidade do sertão baiano, onde uma prolongada luta pela terra culminou com a criação de um assentamento rural de

cerca de 200 famílias. A demanda das organizações populares feita ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia no ano anterior, "incluía o apoio para a realização de diagnóstico e de plano de saúde para o município, assim como um repasse de conhecimento específico com ênfase em aspectos preventivo" (Conceição et al. 1993. p.15). A equipe responsável adotou o levantamento dos problemas e agravos à saúde diretamente em assembléias populares, com o propósito explícito de "criar condições para o exercício do planejamento participativo e democrático" (Conceição et al. 1993. p.16). No final, as lideranças se prepararam para a elaboração do Plano de Saúde para o Município de Pintadas. Então se aprofundou a reflexão e a discussão sobre como enfrentar os problemas identificados no âmbito do sistema de saúde - SUS. O planejamento teria, necessariamente, de envolver a participação popular também nesta etapa. Assim, as lideranças se propuseram a elaborar um plano com base na discussão nas comunidades. Para tanto, se fez uso de uma matriz na qual, após a identificação dos problemas se perguntava o que fazer, do que se necessitava para isso e quem deveria ser responsável pelas ações.

Desde então, a realidade do sistema público de saúde sofreu uma mudança, com a ampliação da cobertura dos serviços de Atenção Básica por meio da estratégia Saúde da Família. Hoje são 27 mil Equipes de Saúde da Família, presentes na quase totalidade dos municípios do país, com a atuação de mais de 220 mil agentes comunitários de saúde. A experiência relatada no parágrafo anterior deixa evidente, nesse quadro, a importância das mais diversas formas de mobilização popular contar com o apoio e a participação das Equipes de Saúde da Família: das pré-conferências organizadas de modo mais informal nos bairros, com apoio das escolas e a pluralidade das organizações comunitárias; do desenvolvimento de debates publicizados por meio de radiodifusão; da organização de comitês ou conselhos gestores locais no decorrer da preparação das conferências municipais; das conferências municipais como momentos de pactuação política entre os gestores públicos e a população, com a definição de uma agenda de prioridades e, portanto, das indicações para planos municipais de saúde; da participação nas conferências regionais, estaduais e a nacional com o objetivo de delimitar os problemas a serem enfrentados em cada um desses níveis de mobilização e organização do controle social, de modo a evitar a tendência de atribuir, ao final do processo, as responsabilidades decorrentes exclusivamente ao governo federal.

Em síntese: a mobilização popular deve ser assumida como elemento fundamental da estratégia Saúde da Família, voltada para a superação dos agravos à saúde da população, a injustiça social e a afirmação da saúde como um direito de todos e dever do estado.

ALMEIDA, Mônica et al. *"Do silêncio social à potente participação popular: um processo em construção"*. Publicação: Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa - Trabalhos premiados e menções honrosas - Experiências exitosas - Ano 2007. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS - Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007. p 65-68.

CONCEIÇÃO, P. S. de A. et al. Pintadas (BA), uma experiência de articulação entre a academia e os movimentos populares, 1992. *Saúde em Debate*, n. 41, 1993. p.14-19.

CARVALHO, A. I. de. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase; IBAM, 1995.

CORTES, Soraya Maria Vargas. "Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação". *Ciência e Saúde Coletiva*, III (I), 1998, p.5-17.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FALEIROS, V. de P. et al. *A construção do SUS: Histórias da reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GUIZARDI, F. L. et al. *Participação da comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 2004 . p. 15-39.

SECRETARIA DA GESTÃO PARTICIPATIVA. *ParticipaSUS: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. Ministério da Saúde, 2005.

STOTZ, E. N. *A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n° 1, 2005. p. 9-30.



# Programme-se!!!



**III MOSTRA NACIONAL DE  
PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA / SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**III CONCURSO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BRASÍLIA - AGOSTO /2008**

**Inscrições de trabalhos / posteres a partir de janeiro de 2008  
no site [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)**



Ministério  
da Saúde

