

POLIANA CARDOSO MARTINS

**CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O EMPODERAMENTO DA
POPULAÇÃO USUÁRIA DO SISTEMA SANITÁRIO.**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em
Ciência da Nutrição, para obtenção
do título *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2007

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

M386c
2007

Martins, Poliana Cardoso, 1981-

Controle social no Sistema Único de Saúde : análise da participação social e o empoderamento da população usuária do sistema sanitário / Poliana Cardoso Martins. – Viçosa, MG, 2007. x, 106f. : il. ; 29cm.

Inclui anexos.

Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3. Política de saúde - Participação do cidadão. 4. Saúde pública - Teixeira (MG). I. Universidade Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22.ed. 362.1

POLIANA CARDOSO MARTINS

**CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O EMPODERAMENTO DA
POPULAÇÃO USUÁRIA DO SISTEMA SANITÁRIO.**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em
Ciência da Nutrição, para obtenção
do título *Magister Scientiae*

APROVADA: 06 de julho de 2007

Prof. Fabio Faria Mendes
(Co-orientador)

Prof. Silvia Eloiza Priore
(Co-orientadora)

Prof. Rodrigo Siqueira-Batista

Prof. Adelson Luiz Araújo Tinoco

Prof. Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me permitir viver essa experiência e sempre me mostrar o “para que” de todas as coisas.

À minha família que sempre esteve ao meu lado me incentivando, mesmo diante de todas as dificuldades que passamos durante esses anos. Em especial, agradeço aos meus queridos irmãos Tadeu e Thiago e ao meu pai José.

À Prof^a. Rosângela Minardi Mitre Cotta, grande educadora, pessoa que despertou em mim a inquietude, a instigação, a curiosidade, a humildade e a persistência. Permitindo-me compreender que não somos neutros neste mundo e, que não estudamos por estudar; estudamos em favor ou contra uma causa e um ser. Diante de seus ensinamentos, o aprender se tornou para mim uma aventura criadora, que me possibilita construir, reconstruir e constatar para mudar a realidade vivida. Obrigada por nunca ter me dado nada pronto e sempre ter confiado em mim. Obrigada por ter me ensinado o verdadeiro significado de palavras simples como amizade, companheirismo, equipe e cuidado.

Às Prof^{as}. Sylvia do Carmo Castro Franceschini e Silvia Eloiza Priore, grandes responsáveis por minha formação profissional e pessoal. Mulheres que sempre me inspiraram a almejar um futuro digno e me mostraram, com pequenos atos de carinho e cuidado, qual seria o caminho mais adequado a seguir.

Ao Prof. Fábio Farias Mendes pela atenção e incentivo.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Nutrição e Saúde, lembrando de todos os funcionários e professores que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal.

Ao Túlio, simplesmente o melhor amigo que alguém pode ter no mundo, não sei como agradecer sua ajuda nos momentos finais de conclusão de meu trabalho.

À Glauce, pelo carinho, apoio e estímulo em todos os momentos.

À Mariana, estudante de iniciação científica, por sua alegria e pelo apoio nas atividades desenvolvidas durante a coleta de dados.

Às minhas eternas amigas Fernanda e Graciely, confidentes e irmãs de coração.

À Ni, por ser para mim um exemplo de vencedora e entender com carinho, alegria e admiração meus momentos de inspiração.

À Fafá, Ellen, Sassá, Danis, Regis, Léo, Bruninho, Ló, Cris, Carlinhos, Ivana, Ina, Su, Rê, Pri, Grazy, Nanda, Mary's, Angel, Aline, Lud, Amandinha, Ana Cris, Fabrícia, Gigi: amigos que estiveram presentes em diversos momentos de minha vida e contribuíram para minha formação como ser humano.

Às amigas e vizinhas Fernanda e Denise, por suprirem minha falta nos momentos em que me ausentei.

À Claudete, anjo que Deus colocou em minha vida.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de partilha e descontração.

Ao Prof. Antonio Alves pelas oportunidades concedidas.

Às amigas de Teófilo Otoni, em especial, Eni, Telma, Rita e Dayane, que me receberam com muito carinho, respeito e alegria.

Ao Padre Giovanni, verdadeiro libertador de um povo oprimido, por me mostrar que é realmente possível viver de forma diferente.

Aos novos e queridos amigos da SES, que souberam entender meus momentos de inquietude no fim deste trabalho. Em especial agradeço a Izabella, pelo carinho, estímulo, alegria e principalmente apoio em todos os momentos que estive ao meu lado.

À administração do município de Teixeira, às equipes do PSF, aos membros do Conselho Municipal de Saúde e principalmente aos usuários do SUS, pela acolhida e disponibilidade em relatar suas representações sobre a realidade vivida.

Ao CNPq e à FAPEMIG pelo apoio e financiamento.

BIOGRAFIA

Poliana Cardoso Martins, filha de Angela Antunes Guimarães Cardoso e José Bicalho Martins, nasceu em 06 de janeiro de 1981, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Em 1999, iniciou o curso de nutrição na Universidade Federal de Viçosa (MG), concluído em agosto de 2003. Em maio do mesmo ano, inicia o curso de Especialização em Nutrição e Saúde, do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, na área de concentração: Nutrição Materno Infantil, concluindo o mesmo em junho de 2004, tendo como título de sua monografia: *Percepção, conhecimentos e cuidados maternos: Impacto sobre o estado nutricional de ferro das crianças*. Em março de 2005, inicia o curso de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa na área de Saúde e Nutrição de Grupos Populacionais; e em setembro de 2006 é admitida como servidora efetiva da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde trabalha atualmente como Especialista em Políticas e Gestão da Saúde.

SUMÁRIO

RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO GERAL	2
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	6
OBJETIVOS	8
• OBJETIVO GERAL	8
• OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
SUJEITOS E MÉTODOS	9
• CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO ESTUDADO	9
• DESENHO DO ESTUDO:	11
• DEFINIÇÃO DA AMOSTRA E DOS ATORES ESTUDADOS	12
• COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.	13
<i>Técnicas de Coleta de Dados</i>	14
<i>Entrevista Semi-Estruturada</i>	14
<i>Análise Documental</i>	15
<i>Técnicas de Análise dos Dados</i>	16
<i>Representações sociais</i>	16
<i>Análise de Conteúdo</i>	16
• ESTUDO PILOTO	17
• ASPECTOS ÉTICOS	18
• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ARTIGO DE REVISÃO I:	20
CONSELHOS DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: OS MATIZES DA UTOPIA	20
RESUMO	20
INTRODUÇÃO	20
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO HISTÓRICO.	22
OS CONSELHOS DE SAÚDE COMO ESPAÇOS DEMOCRÁTICOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	23
PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE: ENTRAVES E DESAFIOS PARA A SUA VIABILIZAÇÃO	25
POSSIBILIDADES PARA A PARTICIPAÇÃO: ABRINDO ESPAÇO PARA A DISCUSSÃO	29
PONDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ABSTRACT	35
ARTIGO DE REVISÃO II:	36
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EMPODERAMENTO-LIBERTAÇÃO DA POPULAÇÃO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	36
RESUMO	36
INTRODUÇÃO	36
O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TRAJETÓRIA, DIRETRIZES E O ENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE.	39
O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O EMPODERAMENTO/LIBERTAÇÃO DA POPULAÇÃO. ...	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ARTIGO ORIGINAL I:	50
O CONTROLE SOCIAL EM CENA: (RE) PENSANDO A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO CONTEXTO DA SAÚDE	50
RESUMO:	50

INTRODUÇÃO:	50
SUJEITO E MÉTODOS:	52
O CENÁRIO E OS ATORES ESTUDADOS	54
O TEXTO DESCONHECIDO: A PRINCIPAL CAUSA DA PRÁTICA ENCENADA.....	56
A REALIDADE VIVIDA: A LACUNA EXISTENTE ENTRE “O ESPÍRITO E A LETRA DA LEI”	57
É POSSÍVEL MUDAR ESSA REALIDADE? A VISÃO DOS CONSELHEIROS SOBRE AS POSSIBILIDADES DE MUDANÇA.....	63
CONSIDERAÇÕES E DEBATES FINAIS SOBRE A REALIDADE RETRATADA NO ESTUDO.....	64
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS:.....	70
ARTIGO ORIGINAL II:	73
DE QUEM É O SUS? SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	73
RESUMO	73
INTRODUÇÃO	73
SUJEITOS E MÉTODOS	76
<i>Descrição do universo estudado.....</i>	<i>76</i>
<i>Atores sociais estudados.....</i>	<i>77</i>
<i>Coleta e Análise dos dados.....</i>	<i>78</i>
RESULTADOS.....	79
<i>Perfil socioeconômico dos usuários</i>	<i>79</i>
<i>Representações sociais dos usuários sobre o Sistema Único de Saúde.....</i>	<i>79</i>
<i>Representações sociais dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família.....</i>	<i>81</i>
<i>Conselhos Municipais de Saúde: o desconhecimento da população desse espaço institucionalizado para o exercício do controle social.....</i>	<i>83</i>
DISCUSSÃO	84
PONDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	90
FIGURAS E QUADROS.....	94
CONCLUSÕES GERAIS.....	95
ANEXO I	97
ANEXO II.....	100
ANEXO III	104

RESUMO

MARTINS, Poliana Cardoso M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2007.

Controle social no Sistema Único de Saúde: Análise da participação social e empoderamento da população usuária do sistema sanitário. Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta, Co-Orientadores: Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Silvia Eloiza Priore e Fabio Faria Mendes.

Os conselhos de saúde se tornaram um mecanismo estratégico para garantia da democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde - SUS. Estes espaços devem exercer um importante papel para a efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão em saúde, sendo essencial uma reflexão profunda sobre os matizes desta utopia, avaliando os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para uma efetiva participação social no país; ressaltando a possibilidade da presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS; abrindo a discussão sobre a necessidade de empoderamento/libertação da população usuária do sistema. Nesta conjuntura, o Programa Saúde da Família - PSF, pode ser visto como uma estratégia impar para o estímulo ao empoderamento/libertação dos usuários, a fim de obter sua participação mais ativa na tomada de decisão. Diante destes pressupostos teóricos, o presente estudo se propôs a analisar a experiência do controle social via Conselho Municipal de Saúde - CMS e compreender a representação social dos usuários do PSF, sobre a realidade do SUS, no município de Teixeira-MG. Este estudo situa-se no campo da pesquisa social e utilizou primordialmente, o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, onde foram entrevistados 32 conselheiros (84,2% do total de conselheiros) e 136 usuários das unidades de saúde da família (USF) (11% dos cadastrados no HIPERDIA e que realizavam acompanhamento nas 4 USF), estes últimos foram selecionados de forma aleatória durante os atendimentos e atividades realizadas na USFs. Ao analisar a experiência do controle social em saúde, via CMS, observa-se que a possibilidade de uma gestão participativa no SUS, não se consolidou como uma prática efetiva de gestão pública. O que se verificou na verdade foi um grande desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando assim uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e funcionamento do CMS, principalmente na determinação de seus membros, impedindo, desta forma, que este seja um espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política do conselho e, principalmente

da possibilidade de interferir, discutir e deliberar sobre as questões de saúde do município. Ao se analisar as representações sociais dos usuários sobre o SUS, observa-se uma visão marcada pela focalização da assistência, apontando para a concentração de recursos públicos em segmentos mais pobres da sociedade e, também uma visão centrada no modelo de atenção biomédico. Vale ressaltar, ainda que o PSF, todavia, não conseguiu alcançar seus objetivos de proporcionar mudanças na práxis em saúde, visando além da assistência em saúde estimular o empoderamento/libertação coletivo da população atendida. Os dados apresentados em ambas as avaliações, apontam para um grande desconhecimento da população estudada sobre o sistema sanitário, bem como, sobre seus direitos sociais conquistados pela Constituição de 1988. Diante da realidade vivenciada, ressalta-se a necessidade de maior empoderamento/libertação da população, visando construir possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto assistencial comum, realmente fundamentado nos ideais democráticos do SUS, sendo o PSF estrategicamente importante na transformação desta realidade. Uma das possibilidades para a mudança dessa realidade seria a realização de práticas educativas, transformando estes atores sociais em protagonista da construção da sua própria história.

ABSTRACT

MARTINS, Poliana Cardoso M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July of 2007.
Social control in the Unique Health System: analysis of the social participation and empowerment of the population that uses the sanitary system. Adviser: Rosangela Minardi Mitre Cotta. Co-Advisers: Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Silvia Eloiza Priore and Fabio Faria Mendes.

The health councils had become a strategical mechanism for the guarantee of the democratization of the decisory power in the Unique Health System - UHS. These spaces have great importance for the effective participation of the civil society when it has to take decisions about health, and a deep reflection of the shades of this utopia becomes essential to evaluate the challenges and the possibilities presented for an effective social participation in the country; standing out the possibility of the active presence of the citizens in the construction of the democratic process in the UHS; opening a discussion about the necessity of the empowerment/release of the population that uses the system. In this conjuncture, the Family Health Program - FHP can be seen as an odd strategy to stimulate the empowerment/release of the users, in order to get their active participation in the decisions. With these estimated theories, this present study propose to analyze the experience of the social control through the City Health Council – CHC and understand the social representation of the FHP users, about reality of the UHS, in the city of Teixeiras - MG. This present study is placed in the social research field and used primordially, the methodological instrumental theoretical referential of the qualitative research, where 32 council members (84.2% of the total council members) and 136 users of the Health Family Units (HFU) were interviewed (11% of the registered in the HIPERDIA cadastre that had a accompaniment in the 4 HFU), these last ones had been randomly selected during the attendance and activities realized in the HFUs. The analyses of the experience of the health social control, through CHC, show that the possibility of a UHS participative management did not consolidate as an effective practical of public administration. Actually, a great unfamiliarity of the legal and ideological bases of the social participation in the health was observed, generating a strong influence of the local managers in the dynamic and functioning of the CHC, mainly in determination of its members, hindering, in such a way, that this space becomes a concrete space so that the users can appropriate of the politic and institutional form of the council, mainly of the possibility to intervene, argue and deliberate about the questions of the city health. In the analyses of the social representations of the UHS

users, a vision defined by the assistance focus is observed, pointing to the concentration of public resources in poor segments of the society, and also a vision centered in the biomedical model of attention. It's important to stand out that the FHP did not reach its objectives of providing changes in the praxis in health, aiming to stimulate the collective empowerment/release of the population. The data that were presented in both evaluations, point to a great unfamiliarity of the studied population about the sanitary system and about its social rights conquered by the Constitution of 1988, as well. Ahead of the reality, there is a necessity of bigger empowerment/release of the population, aiming to construct effective possibilities so that the population can have an active participation in the process of construction of a common assistance project, based on the UHS democratic ideals, being the FHP strategically important to the transformation of this reality. One of the possibilities for the change of this reality would be the accomplishment of educative actions, transforming these social actors into protagonist of the construction of their own history.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação foi apresentada em forma de artigos, sendo 2 artigos de revisão e 2 artigos originais.

Artigos de revisão:

- Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: os matizes da utopia.
- Programa de Saúde da Família e empoderamento-libertação da população: possibilidades e desafios.

Artigos originais:

- O controle social em cena: (re) pensando a participação popular no contexto da saúde.
- De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO GERAL

No Brasil, a questão da participação social na área da saúde colocou-se em pauta a partir do final da década de 70 e início da década de 80, quando as crises políticas e econômicas, intensificaram os problemas sociais, dando início a uma maior organização da população, reivindicando melhorias na infra-estrutura dos serviços públicos e maior disponibilidade dos bens de consumo (Dallari et al., 1996; Greschman, 1999). Esta ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais produziram a ampliação das demandas da sociedade sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal, sendo dever do Estado garanti-la (Mendes, 2006).

A crise vivenciada neste período no setor saúde (financeira, burocrática, administrativa e de cobertura), inicia uma série de questionamentos sobre o modelo assistencial legalmente instituído, que historicamente predominou em todo país, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários¹ (Cotta et al., 1998; Mendes, 2006).

Esta crise é interpretada então, como uma pré-condição necessária para a emergência de novas teorias, tendo a necessidade de produzir novos instrumentos, alternativos aos existentes. Instrumentos estes, capazes de resolver ou amenizar os problemas, aparentemente sem respostas, diante do modelo assistencial vigente. Diante dessa realidade, se faz necessário uma mudança substantiva do modelo de saúde, implicando não apenas em um novo sistema, mas em mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas. Neste período, começam a aparecer propostas que preconizavam a transformação das práticas e ações em saúde, objetivando a ampliação da cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária (Cotta et al., 1998; Scherer et al., 2005).

Diante da situação conjuntural vigente no Brasil na década de 80, surge então o Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu um grupo de sanitaristas, em sua maioria, simpatizantes da esquerda comunista e socialista, e outros atores sociais que

¹ Este de modelo de atenção à saúde se embasava no pensamento médico ocidental do século XVIII, fundado no desenvolvimento da clínica e onde o hospital, era visto como a forma para compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença. Também foi influenciado pela Escola Norte-Americana, via modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina (Scherer et al., 2005).

se uniram em prol de uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde, pela integralidade da atenção à saúde, e na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar (Cotta et al., 1998; Pego & Almeida, 2002; Brasil, 2002).

A idéia vigente era que a política de saúde promovida pelo regime militar, juntamente com uma gestão tecnocrática-autoritária, privilegiavam a privatização, a medicalização da saúde e o acesso aos serviços vinculados à inserção do indivíduo no mercado de trabalho, em detrimento da saúde pública; situação que agravava ainda mais as desigualdades sociais já existentes no país. Assim, o Movimento da Reforma Sanitária visava produzir um novo conhecimento que abarcasse as causas populares e que fosse capaz de materializar uma proposta alternativa de saúde, baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania. Este movimento lutava principalmente, pela transformação social, advogando para a constituição de um sujeito dotado de consciência social, que poderá ser conquistada através de sua consciência sanitária (Pego & Almeida, 2002).

Ocorre então, no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constitui num marco na história da saúde no Brasil. Nesta conferência estavam reunidos pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, resultando na ampla legitimação do ideal político-ideológico do Movimento da Reforma Sanitária. Durante a mesma, foram definidos os princípios básicos sobre os quais o Sistema Único de Saúde - SUS deveria ser institucionalizado, servindo de subsídios para a aprovação do Capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988 (Cotta et al., 1998).

Como conseqüência desse fortalecimento político, conquista-se a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, “*mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde*” (Brasil, 1988).

Para assegurar este direito, a Constituição Federal define então os princípios e diretrizes sob o qual se fundamenta SUS, um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas do governo. Estabelecendo como princípios, a universalização da cobertura e do atendimento, a descentralização das ações e

serviços e a equidade no acesso aos mesmos (Brasil, 1988). Suas diretrizes enfocam o atendimento integral, a participação da comunidade no controle social, a descentralização das ações e serviços com a direção única em cada esfera de governo. Diante dessa realidade, a construção do SUS imprimiu mudanças no aprofundamento do processo de participação política e social da comunidade (Cotta et al., 1998).

O arcabouço jurídico-institucional da saúde é complementado pelas leis orgânicas (8.080 e 8.142), ambas de 1990, que tratam principalmente da organização dos serviços e da participação comunitária, respectivamente.

A Lei 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo (Brasil, 1990a). A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, vem para complementá-la em decorrência dos vetos efetuados, pelo então presidente da república, estabelecendo e dispondo legalmente, sobre o controle social através da criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde abertos à participação de diferentes membros da sociedade civil, nas três esferas de governo; além de tratar sobre questões relacionadas ao financiamento do setor (Brasil, 1990b).

A partir da determinação da criação dos conselhos de saúde, pela Lei 8.142/90, se faz necessário a definição de um conceito concreto sobre a função do mesmo, estes são entendidos então, como instâncias de ação política, capazes de articular no campo da saúde, os anseios do Estado e da sociedade. Passando a fazer parte da configuração institucional setorial, com a incumbência de garantir o cumprimento do princípio constitucional da participação da comunidade e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde do SUS (Labra, 2005).

Segundo as atribuições legais, a composição dos conselhos de saúde deve ser mista, incluindo representantes do governo, dos profissionais e dos prestadores do setor saúde, em condição paritária com os representantes dos usuários, escolhidos por associações da sociedade civil (Brasil, 2003). Neste sentido, os conselhos de saúde são considerados uma estratégia institucional que tem por finalidade não só abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, para facilitar a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na igualdade, solidariedade, confiança e tolerância seus princípios fundamentais (Figueiredo, 2001; Noronha & Soares, 2001).

Entretanto, observa-se que apenas o reconhecimento e a exigência legal para o controle social não têm se mostrado suficiente para a sua legitimação no país, levando à proposição de algumas táticas de intervenção que visem à efetivação deste princípio constitucional (Cotta et al., 1998; Cotta et al. 2006; Van Satralen et al., 2006).

O SUS vem experimentando mudanças e inovações nos aspectos de gestão, organização e financiamento de seus serviços (Cordeiro, 2001); diante dessa realidade o Programa de Saúde da Família - PSF se insere como uma estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, destacando-se como porta de entrada do SUS. O foco central da atenção, nesta estratégia é o usuário, sendo que esta se coloca como um espaço onde ações de promoção, prevenção e cura, são realizadas no âmbito individual e coletivo. O PSF assume desta forma, a possibilidade de mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade (Seclen-Palacin, 2004).

Assim, o PSF se torna um instrumento chave para a viabilização da transformação dos cidadãos e da sociedade como um todo; uma vez, que é capaz de detectar e principalmente promover acontecimentos sócio-políticos que possam afetar a consciência social ou sanitária de grupos na comunidade, construindo condições para viabilizar a inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios, seja por meio do fortalecimento dos CMS, ou das instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, garantindo a participação tanto na análise dos problemas de saúde, quanto na definição de intervenções (Trad & Bastos, 1998).

Podemos inferir então, que o PSF constitui uma estratégia para estímulo à participação social através da lógica da vigilância em saúde, representada pela concepção da saúde centrada na qualidade de vida, onde o próprio cidadão passa a ser protagonista da luta por melhores condições de saúde e pela garantia da equidade, universalidade e qualidade do sistema sanitário; estabelecendo vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, sendo capaz de estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde.

Diante da realidade teórica relatada e das evidências científicas se têm demonstrado, que apesar do aparato legal e do avanço no engajamento da sociedade civil nas arenas de participação e controle das políticas públicas, pode-se constatar

que ainda estamos longe de alcançar a plenitude da democracia, onde o cidadão é co-responsável pela gestão política, econômica e social. Diante destas constatações, ressalta-se a importância de se estudar a fundo a dinâmica e o funcionamento dos conselhos de saúde, uma vez que estes constituem uma inovação política institucional e cultural para o avanço da democracia e do SUS.

Desta forma, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de se entender a micro-política do controle social no CMS no município de Teixeira -MG, e ainda, compreender as representações sociais dos usuários do SUS, sobre o sistema sanitário local, vislumbrando absorver qual o papel desempenhado pelos mesmos, e verificar como o PSF vem atuando para estimular o empoderamento e libertação da comunidade, auxiliando na construção e efetivação de uma gestão democrática na saúde, no município. O mesmo pode ser utilizado como um instrumento para o fortalecimento do sistema de sanitário local; aportando novos conhecimentos e ampliando o campo de discussão sobre a realidade do controle social no município e sobre a utilização deste espaço como um instrumento para a construção do direito à saúde no SUS.

Referências Bibliográficas:

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

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. (a)

Brasil. Lei nº 8142 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. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez. (b)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(2):319-28.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real*. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998.

Dallari SG, et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*; Rio de Janeiro, out-dez 1996; 12 (4): 531-540.

Figueiredo JESStA. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro*. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Greschman S. Las reformas del Estado de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. *Cad. de Saúde Pública*, 1999; 15 (2): 293-302.

Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Greschman S, Elder FC. *Saúde e Democracia*. Ed. Fiocruz. 2005, 504p.

Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006.

Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6(2):445-50.

Pego RA, Almeida C. Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad. de Saúde Pública* 2001; 17(1):89-97.

Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* set.2004/fev.2005; 9(16):53-66.

Seclen-Palacin JA. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: Seclen-Palacin JA, Fernandes AS. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004: 15-36.

Trad LAB, Bastos ACBO. Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2):429-35.

Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisario SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. Saúde Coletiva* Set 2006; 11(3):621-32.

OBJETIVOS

- **Objetivo Geral**

Analisar a experiência do controle social via Conselho Municipal de Saúde- CMS e compreender as representações sociais dos usuários do Programa Saúde Família- PSF, sobre a realidade do Sistema Único de Saúde- SUS, no município de Teixeira-MG.

- **Objetivos Específicos**

- Avaliar a dinâmica do CMS no processo de construção do controle social;
- Analisar as relações de poder estabelecidas entre os segmentos representados no CMS;
- Avaliar a atuação do CMS na elaboração e definição de políticas de saúde locais e, no desempenho das atividades de articulação e interlocução entre a sociedade e o Estado;
- Conhecer as representações sociais dos usuários do PSF sobre os princípios essenciais do SUS, PSF e CMS, bem como os conceitos e práticas referentes à cidadania e à participação social.
- Verificar como o PSF vem atuando no empoderamento e libertação da comunidade, auxiliando na construção e efetivação de uma gestão democrática na saúde.

SUJEITOS E MÉTODOS

- **Características do Município Estudado**

O presente estudo foi realizado no período de abril à setembro de 2006, no município de Teixeira, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais (Figura 1).

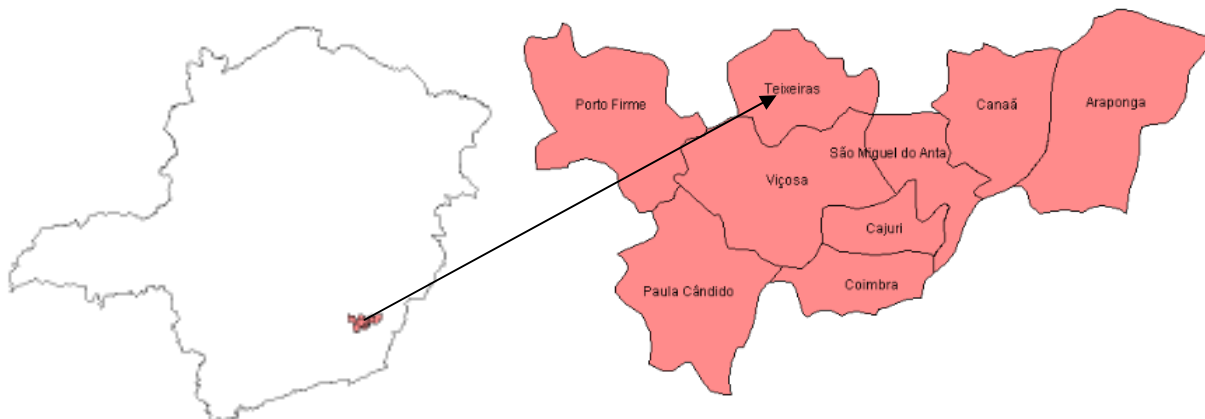


Figura 1. Localização do Município de Teixeira - MG

Este município apresentou no ano de 2000, uma população residente de 11.149 habitantes, sendo considerado dessa forma como um município de pequeno porte, pelos parâmetros classificatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Segundo dados do mesmo Censo, a maioria dos municípios brasileiros (90,47%), isto é, 4.982 municípios são considerados de pequeno porte, cuja população é de até 50.000 habitantes (IBGE, 2007).

Ao analisarmos a série histórica da evolução de alguns indicadores durante os anos de 1991-2000, observamos a redução na taxa de mortalidade infantil (54,8 - 41,7 óbitos infantis < de 1 ano por 1.000 nascidos vivos), e uma elevação da esperança de vida ao nascer (60,37 - 66,12 anos de vida esperados) (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

De acordo com as condições socioeconômicas, observamos que a taxa de analfabetismo é de aproximadamente 4% na população de 18 a 24 anos e de 17% na população com mais de 25 anos no ano de 2000 (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

As principais atividades econômicas do município são: agricultura, destacando o cultivo de café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata; pecuária principalmente a bovinocultura e suinocultura; silvicultura e exploração florestal.

Durante os anos de 1991-2000 nota-se uma elevação na renda per capita média passando de R\$ 103,71 (cento e três reais e setenta e um centavos) para R\$171,89 (cento e setenta e um reais e oitenta e nove centavos), sendo que o número de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, neste caso definida como pessoas que vivem com renda per capita domiciliar inferior a R\$75,50 (setenta e cinco reais e cinquenta centavos) o equivalente a meio salário mínimo vigente no ano de 2000, reduziu passando de 62,2% (1991) para 46,1% (2000) (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Na classificação geral do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano e em relação aos outros municípios do estado de Minas Gerais, Teixeira ocupa a 487ª posição, apresentando uma situação intermediária (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

O município conta com quatro Equipes de Saúde da Família - ESF, um hospital conveniado com o SUS. O processo de implantação das ESF teve início em março de 1997, com a primeira Equipe de Saúde da Família, que cobria 38% dos domicílios predominantemente urbanos distribuídos em 5 microáreas (4 na zona urbana e 1 na zona rural). Em setembro de 1998 foi incorporada a segunda ESF que teve como objetivo cobrir a zona rural, apresentando a cobertura de 65% da população. Em outubro de 1999 a cobertura foi expandida para 3.160 domicílios após a implantação da terceira ESF (Lima, 2004); e no ano de 2005 foi implantada a quarta ESF, ocorrendo um remanejamento da população atendida nas outras equipes, onde todas passam a atender a população urbana e rural, de acordo com a distribuição geográfica do município. Atualmente, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, a cobertura do PSF abrange 94,82% da população do município (Brasil, 2007).

Todas as equipes são consideradas completas, ou seja, são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde, sendo que as equipes 1 e 2 contam com um odontólogo.

O município de Teixeira, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - 2002, encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica do Sistema Municipal, conferindo a Secretaria Municipal de Saúde-SMS a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde, garantindo a oferta direta dos serviços básicos de saúde e, os serviços de alta e média complexidade devem ser garantidos por meio de unidades referenciadas, geralmente, em municípios vizinhos mediante a um pacto firmado entre os gestores municipais.

- **Desenho do Estudo:**

Este estudo situa-se no campo da pesquisa social e utilizou primordialmente o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, devido às características do objeto de investigação, buscando captar a realidade dinâmica e complexa em sua realização histórica, em consonância com os pressupostos teóricos que a orientam.

Segundo Minayo (1994) a pesquisa qualitativa em saúde "trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável".

A metodologia de pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às reações e, às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Tem-se então uma abordagem que vai além de uma crítica às metodologias quantitativas, aprofundando assim o caráter do social e as dificuldades do conhecimento parcial e inacabado (Minayo, 1994).

Ao assumir como hipótese norteadora deste trabalho, que a crescente consciência social de que a luta pela saúde como um direito, só se dá pela construção da cidadania e pelo conseqüente empoderamento/libertação da população, direcionou-se a investigação para uma abordagem social qualitativa e quantitativa. Assim, destaca-se a possibilidade de medir os processos e, ao mesmo tempo, compreender e interpretar como os atores se envolvem em seu contexto social. Esta estratégia metodológica é conhecida como Triangulação de Métodos, onde os investigadores trabalham exercendo o diálogo teórico e prático (Minayo, 2005).

Compreende-se a avaliação por Triangulação de Métodos como a expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra análise de estruturas, processos e resultados, compreensão do programa em pauta, de relações envolvidas na implementação de ações e, a visão que os atores constroem sobre o objeto em investigação (Minayo, 2005).

A utilização de múltiplas técnicas e a integração de diversos recursos metodológicos têm sido amplamente indicada em pesquisas sociais, no intuito de validar os resultados encontrados junto aos sujeitos pesquisados, a fim de aumentar

as evidências empíricas e assim conferir maior credibilidade aos achados (Becker, 1999; Mays e Pope, 2000).

Destaca-se que a utilização destes diferentes instrumentos para a coleta e análise dos dados condiz com a abordagem metodológica que vem sendo empregada em estudos sociais na área da saúde, possibilitando a constituição de um rico material para o levantamento diagnóstico da situação, possibilitando a implementação de estratégias de intervenção e mudanças mais eficazes e efetivas (Castanheira, 2002).

- **Definição da Amostra e dos Atores Estudados**

De forma global, o estudo se propôs a avaliar três universos complementares (Figura 2).

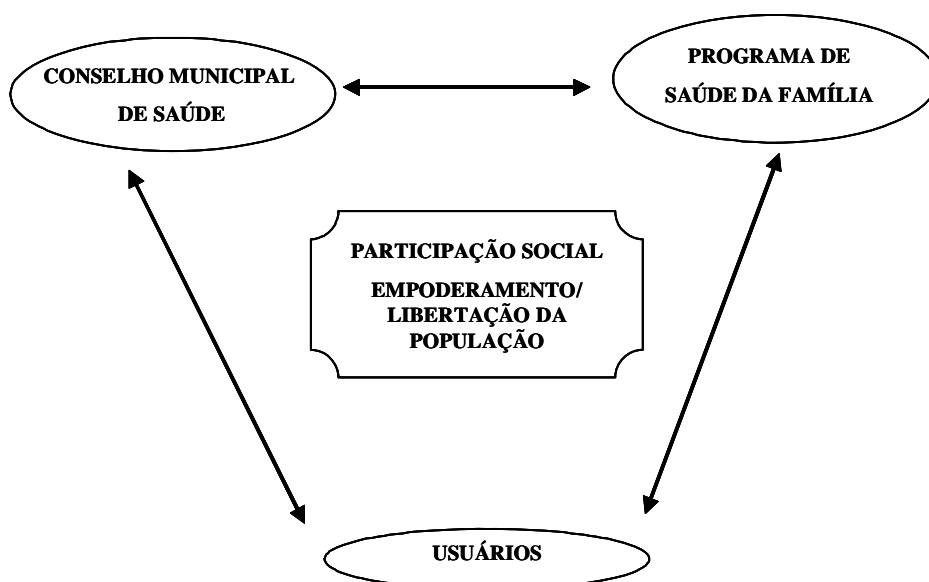


Figura 2 - Esquema do universo estudado

Iniciou-se pela avaliação da efetividade da atuação do CMS, com a caracterização do processo de estruturação e funcionamento da gestão atual do mesmo, nesta etapa as técnicas de coleta de dados utilizadas foram: entrevistas semi-estruturadas com os membros do conselho e a análise das atas das reuniões do conselho. O grupo estudado foi composto por 32 membros do CMS (efetivos e suplentes), representando 84,2% do total de conselheiros do município.

A segunda etapa constitui na avaliação das representações sociais dos usuários do PSF, em relação aos princípios e diretrizes do SUS, enfatizando sua visão sobre o PSF e sobre o CMS, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas como técnica de coleta de dados.

Em relação à população, dada a dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra (Becker, 1999), uma vez que os usuários nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se por entrevistar os usuários que freqüentam as atividades desenvolvidas pelo Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus - HIPERDIA. Acredita-se que estes, por serem usuários efetivos do PSF (continuidade e longitudinalidade²), estão capacitados para avaliar de forma mais expressiva a realidade das ações desenvolvidas. Esperava-se que estes usuários apresentassem um conhecimento impar sobre o SUS e o PSF, uma vez que freqüentam a unidade de saúde no mínimo duas vezes ao ano, isto é, são agendadas consultas no mínimo, de seis em seis meses; além da possibilidade de estarem participando de atividades educativas desenvolvidas pelas equipes (Brasil, 2001).

Assim foram entrevistados 136 usuários das unidades de saúde da família - USF do município (11% dos cadastrados no HIPERDIA e que realizavam acompanhamento nas 4 USF), selecionados de forma aleatória durante os atendimentos e atividades realizadas na USFs.

- **Coleta e Análise dos Dados.**

Dentro dos preceitos da pesquisa qualitativa, não se tem uma separação marcada entre as etapas de coleta e análise dos dados. Além desta característica, a aplicação de cada instrumento de coleta de dados não ocorre de maneira exclusiva durante o processo, assim, as informações coletadas nas entrevistas semi-estruturadas alimentaram o desenvolvimento da análise documental e, a própria entrevista semi-estruturada possui um traço peculiar de retro-alimentação, que depende naturalmente do investigador, cujo conhecimento da teoria lhe permite desenvolver este caráter (Triviños, 1987; Minayo, 1994, 2005). Destaca-se então, que o método de coleta pode se aprimorar à medida que as interpretações são apresentadas.

A seguir serão descritos maneira mais detalhada as técnicas de coleta e análise dos dados utilizadas no presente estudo:

² Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde; característica que é uma parte crucial da atenção primária. Ter ação longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam a unidade básica de saúde - PSF, como "sua"; que a equipe multiprofissional, reconhece, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido (Starfield, 2004).

Técnicas de Coleta de Dados

Entrevista Semi-Estruturada

A entrevista é o procedimento mais usual para trabalhos de campo. Através dela o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais (Cruz Neto, 1994). O termo entrevista é constituído a partir de duas palavras, *entre* e *vista*. *Vista* refere-se ao ato de ver, ter preocupação de algo. *Entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Desta forma, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realidade entre duas pessoas (Richardson, 1999).

A entrevista semi-estruturada é uma técnica em que se utiliza um roteiro com perguntas previamente formuladas como guia para a abordagem do tema proposto, mas mantém questões abertas onde se aborda livremente o tema. É um instrumento utilizado para facilitar a conversa com uma finalidade (Minayo, 1994).

Entende-se por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados nas teorias e hipóteses presentes no estudo, mas que também oferecem um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgiram no decorrer do trabalho de campo, à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante seguindo sua linha de pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (Triviños, 1987; Minayo, 1994).

Destaca-se a noção de entrevista como procedimento metodológico que permite um diálogo intensamente correspondido entre o entrevistador e o informante (Cruz Neto, 1994).

A adoção deste instrumento parte do pressuposto de que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos são revelados na entrevista, refletindo assim o caráter histórico e específico das relações sociais. Destaca-se a importância de se inserir os depoimentos num contexto histórico, onde cada ator social será caracterizado por sua participação (Minayo, 1994).

O roteiro de investigação proposto (Anexo 1 e 2), acabou sendo modificado durante o processo interativo de campo, quando o investigador percebeu que determinados temas não previstos, estavam sendo colocados por seus interlocutores, parecendo ser, de alta significância. Destaca-se que estas modificações não devem

causar preocupações à equipe de investigação, uma vez que na abordagem qualitativa não se quantificam resposta e sim, busca-se as representações sociais dos entrevistados. Assim a unidade de significação não é composta pela soma das respostas de cada indivíduo para formar uma relevância estatística. Na verdade ela se constrói por significados que conformam uma lógica existente no próprio grupo ou mesmo, suas múltiplas lógicas (Minayo, 1994, 2005).

Todas as entrevistas foram gravadas após o consentimento dos informantes e transcritas pelo próprio investigador, procedendo então a análise do conteúdo.

Análise Documental

O surgimento da comunicação escrita permitiu que a observação de um fenômeno fosse registrada em diversos tipos de documentos, possibilitando a transmissão do fenômeno de uma pessoa para outra ou através de gerações, (Richardson, 1999).

Segundo Bardin (1977), a análise documental é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter informações quantitativas ou qualitativas que permitam a realização de inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

No presente estudo utilizou-se este instrumento para a análise das atas das reuniões do conselho.

A análise documental se baseou em uma série de operações que visaram estudo e análise dos documentos, a fim de descobrir quais as circunstâncias sociais estavam relacionadas a estes. Através deste método investigamos as relações entre os fatos sociais e o tempo sócio-cultural cronológico (Richardson, 1999).

Isto é, pode-se analisar a fala encenada, onde existe uma “cena englobante” que permite identificar o tipo de discurso de cada ator social, possibilitando assim identificar quais as relações entre os fatos sociais e o tempo sócio-cultural cronológico vivido pelo conselho (Richardson, 1999).

Destaca-se que: “Os textos não falam por si, mas respondem à indagação do investigador”. Partindo desta afirmação e embasados nos objetivos do presente estudo realizou-se uma leitura de todas as atas da gestão atual do CMS, para se ter um contato inicial com os documentos e conhecer a estrutura narrativa dos mesmos. Aos poucos a leitura se tornou mais precisa em função dos objetivos propostos e

assim foram determinadas as informações mais relevantes para o estudo em questão (Richardson, 1999; Minayo, 2005). Destaca-se, entretanto, que só analisou-se as atas da gestão atual do CMS, uma vez que os livros de atas das demais gestões não foram encontrados pelos funcionários da SMS.

Técnicas de Análise dos Dados

Representações sociais

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto; podendo ser definidas como senso comum, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade (Minayo, 1994; Moscovici, 2003). Por sua vez, a definição clássica de representações sociais: “*são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos*”. Estas são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação, onde o sujeito é responsável pela construção da realidade enquanto um sujeito social, desta forma, as representações são sempre construções contextualizadas (Spink, 1993).

Tendo como base esta consideração, destaca-se que as representações sociais sobre o processo de controle social no município, obtidas através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os membros do conselho e, com a intenção de aprofundar e enriquecer o debate sobre a temática do processo de construção do SUS e o envolvimento dos usuários no mesmo, buscando compreender as representações sociais desses atores sobre esse processo.

Análise de Conteúdo

O método adotado para compreensão dos dados fornecidos pelas entrevistas foi a análise de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem o grupo estudado e cuja presença ou frequência de aparição, pode ser relevante segundo o objetivo do estudo (Bardin, 1977).

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo é a técnica de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Os dados foram analisados através das seguintes fases:

- 1ª fase - pré – análise: organizou-se o material a ser analisado, ordenando os dados, transcrevendo as gravações, fazendo uma releitura do material e organizando os relatos. De acordo com os objetivos do estudo, definiram-se os trechos significativos para elaboração das categorias.
- 2ª fase - exploração do material: realizou-se várias leituras do material e formamos os núcleos de sentido, incluindo as falas e mensagens em cada categoria.
- 3ª fase - tratamento e interpretação dos resultados: desvendou-se o conteúdo subjacente do que estava sendo manifestado, o que realmente as falas e os conteúdos diziam, registrando as impressões sobre a mensagem e, juntamente com os pressupostos teóricos interpretamos as representações sobre os temas estudados. Desta forma, procurou-se estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos, promovendo assim, relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Destaca-se que todo o conteúdo foi analisado também dentro da lógica da Triangulação de Métodos, isto é numa abordagem, qualitativa e quantitativa, realizando as análises estatísticas e conjecturas possíveis (Minayo, 2005). Sendo que os dados quantitativos foram tabulados e analisados utilizando o programa *Static's Person of Social Science-SPSS*, versão 10.0.

- **Estudo piloto**

Antes de iniciar o estudo foi realizado um pré-teste para avaliar os instrumentos utilizados na coleta dos dados, no caso os questionários semi-estruturados, na busca de revisar e direcionar os aspectos da investigação (Richardson, 1999).

Para tal, realizou-se um teste piloto no município de Coimbra-MG, localizado na mesma região, com o objetivo de evitar e corrigir possíveis falhas na formulação das questões, acrescentando novas questões e treinando o entrevistador com os instrumentos de coleta de dados. Ademais, registrou-se a duração da entrevista com o intuito de observar se o questionário não estava demasiadamente longo e cansativo.

Depois de introduzir as mudanças consideradas oportunas, obteve-se a versão definitiva dos roteiros de entrevista.

- **Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – UFV (aprovado Of.Ref.Nº 010/2006 de 27/03/2006).

De acordo com a resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitado consentimento livre e esclarecido de todos os atores sociais que participaram do estudo (Anexo 3).

Garantimos a confidencialidade das informações e o anonimato dos entrevistados; assim, na apresentação das falas transcritas foi respeitada a grafia e a sintaxe utilizadas pelos mesmos e para preservar a identidade dos entrevistados foram colocados no final das falas apenas os números dos questionários.

- **Referências Bibliográficas**

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977.

Becker H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 4. ed. São Paulo. Hucitec, 1999.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS- DATASUS. [acessado 2007 jun 06]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Castanheira ERL. *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e*

organização do processo de trabalho. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 16ª Petrópolis, RJ: Vozes; 1994. p.51-66.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) *Censo Demográfico de 2000*. (CD-ROM). Rio de Janeiro, Br: IBGE. 2000.

Lima CC. *Impacto do programa saúde da família na assistência pré-natal e na atenção sanitária de crianças menores de cinco anos no município de Teixeiras-MG*. [Monografia especialização]. Viçosa: Departamento de Nutrição e Saúde - Universidade Federal de Viçosa-MG. 2004.

Mays N, Pope CA. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320, jan. 2000.

Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.

Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2005.

Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>.

Richardson RJ, et al. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 1999.

Spink MJP. The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, jul/sep, 1993; 9 (3): 300-08,.

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais. Pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas; 1987.

ARTIGO DE REVISÃO I:

CONSELHOS DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL: OS MATIZES DA UTOPIA

Resumo

Este artigo discute a construção social da participação da sociedade civil no Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como reflexão inicial, os avanços alcançados no plano legal em contrapartida aos obstáculos observados no cotidiano da construção dos espaços de exercício da democracia; ou seja, a distância entre “o espírito e a letra da lei”. Visa analisar o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil, descrevendo sua importância para uma efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde, refletindo sobre os matizes desta utopia; destacando os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para uma efetiva participação social; ressaltando a possibilidade da presença ativa dos sujeitos na construção do processo democrático no SUS e abrindo a discussão sobre a necessidade de empoderamento e libertação da população. Por fim, discorre sobre a exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população colocando em questão não apenas a construção da cidadania no país, mas, também, o próprio conceito de *cidadania*.

Palavras Chaves: Participação Social, Conselho de Saúde, Cidadania

Introdução

Inicialmente tomou-se como base para a reflexão o texto constitucional de 1988, relacionado ao capítulo da seguridade social/saúde, a Leis Orgânicas da Saúde e a Resolução N^o.333 do Conselho Nacional e Saúde-CNS, que colocam em pauta na agenda nacional a participação e o controle social do sistema de saúde, abrindo desta forma, espaço para o resgate da cidadania do povo brasileiro.

Estes textos representam um inquestionável avanço no plano legal, mas ainda encontram vários desafios para sua efetivação, dentre os quais podem-se citar, a dificuldade de construção de uma consciência sanitária e de viabilização de uma mais efetiva participação e controle social, impossibilitando assim a materialização das conquistas almejadas (Cotta et al., 1998; Bossi & Mercado, 2004).

Neste sentido, a discussão do processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil e sua importância para a participação da sociedade civil na tomada de decisão, caracteriza-se como um primordial elemento no processo de construção da cidadania, sendo este, um importante instrumento de controle social e um mecanismo estratégico na garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde - SUS.

No conjunto das discussões, cada vez mais intensas, sobre os rumos técnicos e políticos do SUS, a questão da participação social tem merecido destaque (Valla, 1998). Desde o *movimento da reforma sanitária* a participação popular assumiu um importante papel no SUS, aonde os conselhos de saúde vêm convergindo como instâncias de ação política, para transformar e reconstruir, democraticamente, o espaço público e as relações entre a sociedade civil e o Estado (Oliveira, 2004).

Estes conselhos são considerados uma estratégia institucional, que tem por finalidade não somente abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas também, reforçar a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na justiça, na equidade, na solidariedade, na confiança e na tolerância seus princípios fundamentais (Labra, 2005).

Alguns estudos têm demonstrado entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. A literatura sobre o tema indica que o funcionamento dos conselhos de saúde não é semelhante em todo o país, visto que muitas localidades apresentam inúmeras dificuldades para o seu funcionamento (Cotta et al., 1998; Labra, 2002; Correia, 2005; Van Starlen et al., 2006).

Desde as perspectivas aqui apresentadas, o presente trabalho tem como objetivo discutir os principais dilemas que estão hoje postos na questão da participação social no Brasil, descrevendo sobre importância dos conselhos de saúde para a efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde, refletindo sobre os matizes desta utopia³, destacando os desafios encontrados e as possibilidades apresentadas para uma efetiva participação social.

³ O conceito de utopia aqui descrito é entendido como a exploração de novas possibilidades e vontades humanas, por via da oposição da imaginação à necessidade do que existe, só porque existe em nome de algo radicalmente melhor, que a humanidade tem direito de desejar e lutar (Santos, 2005).

Participação Social no Brasil: considerações sobre o processo histórico.

A construção do projeto alternativo de reforma do sistema sanitário no Brasil tem seus antecedentes no final dos anos 1970, período no qual a sociedade brasileira passava por um processo de transformação nas relações entre o Estado e a sociedade, desencadeada por duras críticas ao regime militar, sobretudo na área social, cobrando uma dívida social acumulada durante mais de uma década de repressão da voz da sociedade (Pego & Almeida, 2001; Siqueira-Batista, 2006).

A luta pela democratização do país e conseqüentemente da saúde, convergiu para um importante movimento nacional que reivindicou mudanças radicais no caótico, ineficiente e insuficiente sistema sanitário existente. O chamado *Movimento da Reforma Sanitária* levou à ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produzindo e incrementando as demandas sociais sobre o Estado. Este desencadeou um forte movimento pela universalização do acesso e reconhecimento da saúde como direito universal, cabendo ao Estado garanti-la à população (Brasil, 2002), visando à ampliação dos direitos de cidadania a todos, priorizando a inclusão das camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, que tiveram suas liberdades de participação e organização suprimidas durante os anos de autoritarismo vividos no país (Cotta et al., 1998).

A *Reforma Sanitária* visava produzir um novo conhecimento e *práxis*, que abarcasse as causas populares e que fosse capaz de materializar uma proposta alternativa de saúde, baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania. De fato, o *Movimento* lutava pela transformação social, advogando para a constituição de sujeitos dotados de consciência social, conquistada através de sua consciência sanitária (Pego & Almeida, 2001).

Dentro deste contexto social e político, ocorre no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde que se constituiu como um marco na história da saúde no Brasil, reunindo pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, resultando na ampla legitimação dos pressupostos político-ideológicos do *Movimento da Reforma Sanitária*. Nesta conferência foram definidos os princípios básicos sobre os quais o SUS deveria ser institucionalizado, servindo de subsídios para a aprovação do Capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988.

A participação social foi pensada e vivida nesta conferência, a partir da inserção da população na determinação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde, em todos os níveis do sistema de saúde (Guizardi et al., 2004).

Nesse contexto, a Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, abre perspectivas para apoiar as ações no domínio social, ou ações na esfera pública que possam remeter à questão social. Prevê, dessa forma, a participação popular na gestão pública — seja ou não por via institucional —, prevalecendo, assim, a vontade da população sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo (Brasil, 1988). Entendendo que no campo da saúde pública, a participação popular se faz de extrema importância, devido ao fato, de só ser possível avançar na qualidade dos serviços e ações de saúde com a participação efetiva da população, na medida em que seus atores se tornam capazes de apontar os problemas e as soluções relativas às suas reais demandas (Andrade & Vaitsmam, 2002).

O arcabouço jurídico-institucional da Constituição de 1988 é complementado pelas leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142). A Lei 8.080, regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo (Brasil, 1990a). A Lei 8.142, vem para complementá-la em decorrência dos vetos efetuados, pelo então presidente da república. Esta segunda lei estabelece e dispõe legalmente, entre outras questões, sobre o controle social através da criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde abertos à participação de diferentes membros da sociedade civil, nas três esferas de governo (Brasil, 1990b).

Diante dessa realidade, os conselhos de saúde são reconhecidos como resultado da revitalização da sociedade civil durante o processo de redemocratização do país e uma derivação direta das exigências em prol da saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado (Labra, 2005).

Os Conselhos de Saúde como Espaços Democráticos de Participação Social

Os Conselhos de Saúdes podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político institucional do SUS, sendo um instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Estas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também, em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado (Kruger, 2000).

A lei 8.142/90 confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na gestão do SUS nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo. Os conselhos devem ser criados por lei municipal, estadual ou federal com base na Lei 8.142/90, destacando que, tanto no processo de criação como na reformulação do conselho, o poder público com base nos princípios democráticos deve acolher as demandas da população, consubstanciadas nas resoluções das conferências de saúde (Brasil, 2003).

A composição dos conselhos, deve se dar por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Este fato representa uma importante inovação no âmbito da organização do setor saúde brasileiro, com a particularidade, de situarem-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecendo como um constructo institucional expressivo da imagem-objetivo de democracia em saúde, perseguida pelo processo da Reforma Sanitária (Carvalho, 1995); apostando na construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para atingir a dignidade, a liberdade e a justiça social. O objetivo central da participação dos usuários neste espaço, é viabilizar sua atuação nas deliberações sobre as políticas e programas de saúde, exercendo o controle sobre os atos das autoridades locais destinadas a implementar as diretrizes decididas com o aval do próprio conselho (Assis & Villa, 2003).

De acordo com a Pesquisa de Informações Municipais realizada em 2001, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 97,6% dos municípios brasileiros têm instituídos os conselhos de saúde, sendo que em 98,7% destes municípios, os conselhos realizaram reuniões neste ano. A maioria dos municípios (69,7%) informou que as reuniões do conselho são “muito freqüentes”, mas em 10,3% destes as reuniões ocorrem de forma irregular, sendo esta situação mais comum nos municípios de pequeno porte. Estas informações indicam que embora a maioria dos conselhos municipais de saúde esteja em efetivo funcionamento, alguns conselhos ainda parecem não atuarem como preconizado, podendo desta forma estarem constituídos apenas para cumprir um dispositivo legal (IBGE, 2003).

Observa-se uma profusa ampliação destas arenas de deliberação e debate no Brasil, desde a implantação do SUS. Sem embargo, evidências empíricas comprovam que os conselhos enfrentam enormes problemas de funcionamento principalmente na legitimação e eficácia dessas arenas. Este paradoxo é compreensível e coerente com

o descompasso que as democracias maduras — como o caso das democracias européias — levaram mais de um século para equacionar, uma vez que, por um lado tem-se a pouca adesão dos governantes e, por outro a disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade brasileira (Labra, 2005).

Participação da Sociedade: entraves e desafios para a sua viabilização

Em uma sociedade democrática, a cidadania consiste no direito das pessoas definirem as regras do jogo, contando com mecanismos que visem garantir a efetividade destes direitos. A experiência histórica tem revelado que a participação cidadã na área da saúde se mostra de diversas formas: (1) participação como beneficiário, onde as pessoas são consideradas como simples beneficiárias da atenção à saúde; (2) participação como contribuição para a promoção da saúde, onde a participação ocorre por meio do apoio voluntário da população aos programas e projetos de desenvolvimento social; (3) participação comunitária, que interpreta a participação como organização da comunidade em grupos de apoio aos programas e projetos, no intuito de obter recursos, transmitir conhecimentos e capacitar a população para que se transforme em um agente ativo de seu desenvolvimento; e, por fim, (4) uma visão mais complexa de participação em saúde que reconhece as pessoas como usuárias e cidadãs, às quais o sistema de saúde deve prestar conta de seu funcionamento, respeitando a cidadania e implementando distintos mecanismos de participação individual e coletivos, que permitam aos indivíduos exercerem o controle sobre seus direitos de proteção à saúde (Celedón & Noé, 2001).

No Brasil, apesar dos esforços para a consolidação dessa visão mais moderna de participação, nota-se que o quadro de reordenação social e política ainda não experimentou um progresso seqüencial dos direitos civis, políticos e sociais apresentando na realidade, a construção lenta da cidadania como valor coletivo. A realidade vivida remete a uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela escravidão e pela instabilidade política, não contribuindo para o amadurecimento da cidadania plena. O vigente perfil de cidadania no Brasil aponta para a existência de grande parte da população à margem da comunidade política, o que certamente tem implicações em nosso padrão de intervenção pública e integração social (Carvalho, 2004).

Analisando de forma global, os acontecimentos da década de 1990, observa-se que esta foi marcada por um refluxo dos movimentos populares e sindicais após a efervescência política dos anos 1980. Destaca-se que neste período ocorreu uma grande submissão do país aos agentes econômicos internacionais, com a inserção subordinada na globalização mundial, aumentando o peso do “voto de mercado” no destino das políticas econômicas e sociais (Correia, 2005).

Ao analisarmos a situação do Brasil dentro desta perspectiva, observa-se que a Constituição Federal de 1988 como um símbolo da vontade dos legisladores em conduzir a nação à plena democracia, ainda não simbolizou mudanças nas crenças e comportamentos das elites dominantes, das instituições e das organizações da sociedade civil que traduzam em uma renovação da cultura política e cívica do país (Labra, 2005).

Inúmeras evidências têm demonstrado que apenas a existência formal dos espaços de controle social, não assegura a participação política da sociedade. Os conselhos de saúde em maior ou menor grau apresentam uma série de problemas que comprometem a sua eficácia (Cotta et al., 1998; Labra, 2002; Wendhausen & Caponi, 2002; Guizardi et al. 2004; Labra, 2005).

Uns dos problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados na prática estão relacionados à composição, à representação e à representatividade do conselho. Com frequência a composição do conselho não respeita os princípios da paridade e os critérios de escolha de seus membros são obscuros. Observando em muitos casos, ingerências políticas na escolha de conselheiros, principalmente daqueles que representam os interesses dos usuários e, desta forma estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. Em muitos casos, mesmo que a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada pelo requisito jurídico da paridade, não se observa uma correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo (Labra, 2002; Wendhausen & Caponi, 2002; Guizardi et al. 2004; Labra, 2005; Guizardi & Pinheiro, 2006).

Labra (2005) relata a ocorrência de casos onde um mesmo conselheiro representa segmentos diferentes da sociedade (por exemplo: usuários e prestadores), ou é um político em cargo eletivo (um vereador), ou é indicado pelo prefeito, por entidades alheias ao conselho ou por agremiações desconhecidas da comunidade. Um outro fato importante a ser destacado é a coibição exercida por alguns membros pertencentes à elite política local, à livre expressão do demais conselheiros.

Este fenômeno de representação dos conselheiros pode ser pensado a partir das reflexões de Norberto Bobbio (1992), que discute a questão da democracia e da participação dentro do âmbito da própria sociedade capitalista contemporânea; onde a forma de representação no conselho deve ser interpretada de acordo com os pressupostos da democracia representativa e não de uma democracia direta, que segundo este autor só se dá pela forma de um referendo popular. Assim, a democracia se estende da esfera das relações políticas, na qual o indivíduo é entendido em seu papel de cidadão na clássica equação: *um indivíduo = um voto*, para a esfera das relações sociais em que o indivíduo é considerado na variedade de seus papéis e de seu respectivo *status* na sociedade. Este processo de democracia não implica uma passagem da democracia representativa para uma democracia direta e, sim da democracia política para a democracia social, onde o ângulo visual se desloca do Estado para a sociedade civil.

Outra questão que compromete a atuação dos conselhos é o fato destes serem pouco conhecidos pela população e, a não divulgação das atividades e das iniciativas relacionadas aos mesmos para a comunidade. Esta situação leva a um desconhecimento da população sobre os objetivos, as funções e a atuação do conselho, representando como resultado final uma baixa adesão desta nos processos decisórios locais (Labra, 2005).

Assim, pode-se ressaltar que o conselho pode até ser uma instituição muito valorizada por aqueles que dele participam, mas é desconhecido pela grande parte dos cidadãos. Fato confirmado por Navarrete et al. (2003), que observaram que a maioria dos usuários do SUS, entrevistados em dois municípios do nordeste do Brasil, relataram a utilização dos serviços de saúde como a principal forma de participação social em saúde.

A falta de conhecimento sobre a atuação dos conselhos não é detectada apenas entre os usuários do SUS. Nota-se que os próprios gestores e membros dos conselhos apresentam um conhecimento insatisfatório sobre o papel e a importância do mesmo, essa realidade tem sido apontada por diversos autores como um fator limitante à implantação do princípio da participação social em diversos municípios brasileiros; uma vez que, no exercício de suas funções, os conselhos de saúde, demandam dos cidadãos uma crescente capacidade de atuar politicamente, promover negociações e acordos, resolver conflitos, fiscalizar e estabelecer prioridades no campo da saúde (Correia, 2005).

Entretanto, esta situação de desconhecimento de alguns membros, tem sido utilizada muitas vezes, por alguns gestores e autoridades públicas, como pretexto para reforçar a imagem de que os representantes dos usuários são técnica e socialmente despreparados para perceberem com clareza a lógica de funcionamento e as necessidades do sistema de saúde, justificando assim sua atuação no controle das atividades do conselho, como a definição dos membros, a determinação das agendas do conselho definindo quais assuntos são considerados pertinentes e relevantes, dentre outras. Como consequência, os conselhos acabam sendo interpretados como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, atendendo assim, muito mais, a uma formalidade legal do sistema, do que propondo formas de alterações nas relações de poder entre a sociedade e o Estado (Oliveira & Gusmão, 2004).

Um outro aspecto importante a se destacar, é que apesar do SUS apresentar em sua base legal princípios e diretrizes que contemplam a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, observa-se na prática que este tem sido alvo das reformas neoliberais, que acabaram por representar um grande retrocesso nas políticas sociais conquistadas legalmente (Correia, 2005). Na verdade se assisti no Brasil, uma “universalização excludente”, ou seja, juntamente com a universalização do acesso aos serviços de saúde a toda a população, independente da sua posição no mercado formal de trabalho, ocorreu a precarização destes serviços, resultando assim, na exclusão das camadas mais bem remuneradas da sociedade para o sistema privado (Faveret & Oliveira, 1990).

Esta “saída” do sistema, de um grupo social que mais se preocupa com a qualidade do serviço e que conseqüentemente poderia se portar de forma mais ativa e criativa como a voz da sociedade, tem representado um custo ao processo democrático, reduzindo o poder de negociação e de influência da sociedade na organização dos serviços públicos (Hirschman, 1973). Partindo do pressuposto que, as demandas sociais por infra-estrutura e por serviços acabam por politizar os atores sociais, levando-os a conquistarem direitos e desenvolverem ações relacionadas à cidadania; observa-se no Brasil que as desigualdades sociais existentes e precariedade dos serviços públicos, sendo estes considerados como serviços para pobres, têm levado à criação de categorias de cidadãos. Desta forma, faz-se necessário o entendimento de cidadania não apenas como conquista material e social, mas como a construção de uma identidade que se opõem à idéia de exclusão — ou de uma sociedade com dois tipos de cidadãos (Dalari et al., 1996) —, ainda que tal

entendimento possa conter substantivos problemas teóricos, como será discutido adiante.

Possibilidades para a Participação: abrindo espaço para a discussão

O reconhecimento que apenas a exigência legal para o controle social não têm se mostrado suficiente para a sua legitimação no país, levou à proposição de algumas táticas de intervenção que visem à efetivação deste princípio constitucional (Cotta et al., 1998; Van Satralen et al., 2006).

As estratégias de capacitação dos conselheiros, com o intuito de fortalecer a dinâmica interna dos conselhos de saúde e sua relação com a sociedade, têm sido apontadas como um caminho para essa mudança das práticas existentes. Com a institucionalização dos conselhos de saúde, surge a necessidade de novos atores sociais, com a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, essa responsabilidade requer destes atores acesso a informações e conhecimentos necessários a tais funções (Correia, 2005).

Um estudo que visava avaliar o impacto do processo de capacitação de conselheiros sobre o desempenho do conselho, observou que os conselheiros capacitados apresentam uma média mais elevada de intervenções nas reuniões e de articulação com sua base, do que os conselheiros não capacitados (Correia, 2005). Observa-se em alguns municípios que a estratégia utilizada para reverter essa situação, em função da complexidade da dinâmica desse espaço, é a escolha dos membros do conselho marcada pela especialização e elitização dos escolhidos, o que tende a concentrar cada vez mais o contingente de usuários que efetivamente participam dessas dinâmicas (Guizardi et al, 2005), onde muitas vezes temos como representantes dos usuários no conselho, atores sociais que não identificam com a realidade vivida pela maioria da população.

Deve-se destacar também, a necessidade da democratização da informação. Uma vez que, o exercício do controle e participação social ocorre em espaços públicos, e assim, se faz necessário a visibilidade e compartilhamento do que é público. Aonde, tudo que vem a público pode ser visto, ouvido e comentado por todos. Assim, a atuação dos conselhos só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político que existam informações disponíveis e, onde, são reconhecidas as capacidade dos atores que ali atuam de interpretar e atribuir novos sentidos a elas (Oliveira & Gusmão, 2004).

Segundo Freire (1996) “reconhecer que, precisamente porque nos tornamos seres capazes de observar, de comparar, de avaliar, de escolher, de decidir, de intervir, de romper, de optar, nos fazem seres éticos (...) capazes de lutar contra os fatalismos quietistas que terminam por absorver as transgressões em lugar de condená-las” (p.31 e32). É necessário, então, contar com a presença ativa dos sujeitos na construção, admiração e re-admiração do mundo, podendo desta forma mudar a realidade do SUS.

Neste sentido, destaca-se a importância estratégica do conceito de “empoderamento” (*empowerment*), definido como o processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (WHO, 1998), ampliando as possibilidades de controle, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência (Sen, 2001, 2002), o qual está em íntima comunhão com a idéia de *libertação* trabalhada por Paulo Freire (Freire, 1996, 2004). De fato, o economista, Amartya Kumar Sen caracteriza como empoderamento, aquilo que o educador, Paulo Freire chama de libertação daqueles cidadãos que logram sua inclusão social; entretanto, este último traz uma concepção mais ampla e generosa do cidadão que se liberta da situação de exclusão por meio da educação (Garrafa, 2005).

O empoderamento/libertação pode ser interpretado como uma forma de redistribuir o poder que se encontra desigualmente distribuído na sociedade (Carvalho, 2004). Entretanto, para promover essa redistribuição é necessário a participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade, mas sem o intuito de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder do Estado, mas sim, implantar um método de construção de consenso que exige negociação e concentração social, requerendo a participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão e de controle das ações (Stozi & Araújo, 2004).

Ponderações Finais

Apesar do imenso avanço do engajamento da sociedade civil em arenas de formulação e deliberação das políticas públicas, ainda se está longe de alcançar a plenitude da democracia republicana e pluralista moderna. Este contexto é uma firme justificativa para se estudar a fundo a dinâmica e o funcionamento dos conselhos de saúde, uma vez que estes constituem uma inovação política institucional e cultural para a consolidação do SUS, especialmente para se compreender a natureza das

dificuldades que deverão ser enfrentadas, entre as quais destaca-se aquelas relativas à desigualdade e à exclusão de atores sociais importantes nesse jogo político.

De fato, a construção de uma participação social mais ampla na tomada de decisão sobre os diversos aspectos da vida pública ainda esbarra, indubitavelmente, na exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população. A existência de “fileiras” de pessoas marginalizadas coloca em questão não apenas a construção da cidadania no país, mas, também, o próprio conceito de *cidadania*, o qual, já no seu nascimento na cultura helênica, traz a marca da exclusão — de fato, um percentual pequeno da população das *póleis* (cidades-estados) pertencia a “classe” dos cidadãos. Ademais, Jacques Derrida demonstra que o conceito de cidadania tornou-se *suspeito* por ser tão somente *abstrato*, em decorrência do número de excluídos, não *de jure*, mas *de facto* (Derrida, 2001, Schramm, 2004).

Tal é a situação no Brasil, país no qual, apesar do avanço legal para a fundamentação dos direitos sociais, observa-se sua negação à maioria da população, situação matizada pela “doação” de cidadania pelo Estado, da forma que este estipula e que melhor lhe convém. De acordo com Marilena Chauí (1986), a cidadania no Brasil tem sido historicamente marcada pela concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, sendo-lhes retirada quando os dominantes assim o decidirem.

Este paradoxo acerca da cidadania se inscreve nos debates em torno da democracia, como visto anteriormente na menção à passagem da democracia política para a democracia social, em concordância com o pensamento de Norberto Bobbio. Sem embargo, é possível pensar, uma vez mais com Derrida, em uma transformação, ainda mais radical, em direção à *démocratie à venir* (democracia por vir), na qual a categoria de *cidadania* seria substituída pela *hospitalidade incondicional*, ou seja, uma “*solidariedade mundial que não seja simplesmente uma solidariedade entre os cidadãos, mas que poderia ser também uma solidariedade dos seres vivos, não constituindo justamente, em primeiro lugar, uma política dos cidadãos*”. Neste mesmo sentido, Cortina (1999), destaca: “*a necessidade das sociedades pós-industriais, de gerar em cada um de seus membros um tipo de identidade na qual se reconheçam e que se façam sentir-se pertencentes a elas, porque este tipo de sociedades adoece claramente de um déficit de adesão por parte dos cidadãos ao conjunto da comunidade, e sem essa adesão é impossível responder conjuntamente aos desafios que a todos se impõem*” (p.97). Por tudo isto, segue sendo necessário que se reclame para todos os cidadãos a proteção dos direitos econômicos, sociais,

políticos e culturais e, sobretudo, que se proponha como tarefa histórica conseguir que estes direitos sejam parte integrante da vida de todas as pessoas.

Discutir a exclusão social “típica” da cidadania parece ser um dos elementos cruciais para a ampliação dos debates sobre a atuação dos conselhos de saúde. A colocação deste tema em pauta pode ter implicações decisivas nas atitudes dos atores envolvidos, concorrendo, por exemplo, para minimização dos riscos de utilização pré-meditada — e indevida — do controle social por gestores e políticos, com a finalidade última de puro e simples exercício de poder.

Um dos grandes desafios *porvir*, utilizando a concepção de democracia de Derrida (2001), é a construção de uma gestão transparente e com ampla participação social, na qual as prioridades, definidas em gestões colegiadas, sejam realmente orientadas para resolução dos problemas de saúde da população, permitindo que seus *cidadãos-hóspedes* possam ser incondicionalmente acolhidos em seus mais legítimos anseios. Desde aí, que tanto os setores progressistas, como os conservadores passam a exigir a transformação da cidadania passiva em ativa, transitando do tempo dos direitos às responsabilidades. Neste sentido, o desafio que se impõe é a transformação de uma cidadania acostumada a exigir, em uma cidadania acostumada a *participar* de projetos comuns, assumindo as responsabilidades dos diversos atores sociais.

Referências Bibliográficas

Andrade, G.R.B., Vaitsman, J. Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n .4, p. 925-934, 2002.

Assis, M.M.A., Villa, T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 376-82, 2003.

Bobbio N. *O futuro da democracia: As regras do jogo* . Rio de Janeiro Ed. Paz e Terra.1992, 128p.

Bossi, M.L.M, Mercado, F.M. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Vozes, 2004. 607p.

Brasil. *Constituição Federal. Da Ordem Social – Seguridade Social*. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Lei nº 8142, 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. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 60p.

Carvalho, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, 2004.

Carvalho. A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 136p.

Celedón, C., Noé, M.. Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, Washington, v. 8, n.1/2, p.99-104, 2001.

Chauí, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1986. 180p.

Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

Correia, M.V.C. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.208p.

Cortina, A. *Ciudadanos del mundo – Hacia una teoria de la ciudadanía*. Madrid – Espanha. Alianza Editorial, 1999. 264p.

Cotta, R.M.M., Mendes, F.F., Muniz, J.N. *Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real*. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998. 148p.

Dalarri, S.G., Adorno, R.C.F, Faria, M.M. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out-dez, 1996.

Derrida, J. A solidariedade dos seres vivos (entrevista com Evandro Nascimento). *Folha de S. Paulo/Mais!* 2001. 485:12-16.

Faveret Filho, P., Oliveira, P.J. A universalização excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados- Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004. 245p.

Freire, P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 35ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 148p.

Garrafa, V. A inclusão social no contexto da bioética. Conferência apresentada no Seminário Mensal julho/2005 da ANVISA, em Brasília-DF e no painel “Bioética: inclusão e justiça social”. *VI Congresso Nacional da REDE UNIDA*, Belo Horizonte: 2005.

Guizardi, F.L, Pinheiro, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 797-805, Set 2006.

Guizardi, F.L, Pinheiro, R., Machado, F.R.S. Vozes da Participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.225-238.

Guizardi, F.L., Pinheiro, R., Mattos, R.A., Santana, A.D., Matta, G., Gomes, M.C.P.A. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: UERJ,IMS, n. 14, v. 1, p.15-39, 2004.

Hirschman, A. *Sáida Voz e Lealdade*. São Paulo: Perspectivas, 1973. 159p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa de informações básicas municipais: perfil dos municípios brasileiros. Gestão Pública, 2001*. Rio de Janeiro. 2003.

Kruger, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas-IPEA*, n. 22, p. 119-144, 2000.

Labra, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil. Um círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.18, p.47-55, 2002.

Labra, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima, N.T (org) *Saúde e Democracia*. Ed. Fiocruz. 2005. p.353-384.

Navarrete, M.V, Silva, M.R.F, Campos, E.S. et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*, Madri, v. 76, n. 5, p.585-594, 2003.

Oliveira, J.B., Gusmão, S.C. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista – BA. In: Seclen-Palacin, J.A., Fernandes, A.S. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

Oliveira, V.C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.2, p.56-69, 2004.

Pego, R.A, Almeida, C. Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad. de Saúde Pública* Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.89-97, 2001.

Santos, B.S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*, 10ª. Edição, São Paulo: Cortez, 2005. 350p.

Schramm, F.R. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.773-784, Set 2004.

Sen A. ¿Por qué la equidade en salud? *Pan American Journal of Public Health*, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, 2002.

Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2001. 300p.

Siqueira-Batista, R. *Miséria*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Litteris, 2006.

Stotz, E.M., Araújo, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago 2004.

Valla, V.V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v.14, supl. 2, p. 7-18, 1998.

Van Stralen, C.J, Lima, A.M.D., Sobrinho, D.F., et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.621-632, Set 2006.

Wendhausen, A., Caponi, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1621-1628, nov-dez 2002.

World Health Organization. *Glossary of health promotion terms*. Geneva: World Health Organization/ Division of Health Promotion, Education and Communication / Health Education and Health Promotion Unit; 1998.

Abstract

COUNCIL OF HEALTH AND SOCIAL PARTICIPATION IN BRAZIL: THE SHADES OF THE UTOPIA

This article discusses the social construction of the participation of the civil society in the Unique system of Health, tends as initial reflection, the progresses reached in the legal plan in compensation to the obstacles observed in the daily of the construction of the spaces of exercise of the democracy; in other words, the distance between "the spirit and the letter of the law". It focus to analyze the process of the creation of the health councils in Brazil, describing the importance of the effective participation of the civil society on the decisions in the area of health, thinking about the shades of this Utopia, detaching the found challenges and the possibilities presented for an effective social participation, emphasizing the possibility of the active presence of the subjects in the construction of the democratic process in SUS and opening the discussion about the necessity of power and liberation of the population. Finally, it talks about the exclusion and marginalization of an uncertain noun of the population putting in subject the construction of the citizenship in the country, but, also, the own citizenship concept.

Key words: Social participation, Council of Health, Citizenship

ARTIGO DE REVISÃO II:

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EMPODERAMENTO-LIBERTAÇÃO DA POPULAÇÃO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF) é visto como uma das principais estratégias de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), redirecionando o modelo de atenção à saúde no Brasil, atuando com um novo padrão que valoriza as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção curativa. Neste contexto, destaca-se a promoção da saúde como o processo onde os indivíduos são capacitados para terem maior controle sobre a própria saúde, reconhecendo a importância do poder e do controle sobre os determinantes da saúde; utilizando-se de estratégias que visem empoderar os sujeitos, aumentando sua participação na modificação dos elementos relevantes à saúde. Assim, o PSF pode assumir sua função primordial no estímulo ao empoderamento/libertação da população usuária. Este artigo se propõe a realizar uma reflexão crítica sobre a importância do PSF para a promoção e estímulo ao empoderamento/libertação da população, a fim de obter sua participação mais ativa na tomada de decisão na área da saúde.

Palavras chave: Participação Comunitária, Educação em Saúde, Programa de Saúde da Família, Sistema de Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem experimentando, mudanças e inovações nos aspectos de gestão, organização e financiamento de seus serviços, dentro dos princípios essenciais da universalidade, equidade, integralidade e participação social (1). O artigo 198 da Constituição Federal define que no SUS: “*as ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada; constituindo um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular*”

(2). É neste contexto que se insere o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde no âmbito do nível primário de atenção, destacando-se como porta de entrada do SUS (3).

O pensamento sobre promoção da saúde no Brasil está associado ao SUS e ao enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas em grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas. Assim, como em vários países da América Latina, no Brasil, as desigualdades socioeconômicas prevalecem e a participação da promoção da saúde no desenvolvimento social e econômico do país ainda é pequena (4).

Observa-se na realidade que, algumas idéias e posições da promoção da saúde estão presentes nas políticas de saúde em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema sanitário. Tal perspectiva pressupõe o deslocamento do olhar e da escuta, dos profissionais de saúde, da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando, durante o processo do cuidado à saúde, a produção de coeficientes crescentes de *autonomia* (4), palavra de origem grega — aplicada, na Antigüidade, à condição de autogoverno das *póleis* (cidades-estado), e reorientada à situação do indivíduo na Modernidade (5) —; aqui, esta palavra é compreendida no sentido da autodeterminação do indivíduo, em princípio a pessoa mais qualificada para avaliar e decidir o rumo de sua vida, desde que possa ser considerado cognitiva e moralmente competente para tal função (6). A autonomia — lado a lado com a justiça — é um conceito-chave no debate ético-político moderno, especialmente na construção das sociedades democráticas, laicas, plurais e contemporâneas (7; 8).

De maneira mais enfática, o ideário da promoção da saúde influenciou diretamente a elaboração do arcabouço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, se fazendo presente junto ao projeto de reestruturação da rede básica, sob o manto do PSF, tido a partir de então como a porta de entrada do sistema sanitário (9; 10). As características estruturais e ideológicas do PSF podem levar a um maior envolvimento e articulação do sistema sanitário com a comunidade, induzindo ao reconhecimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais das camadas populares que podem surgir através de inúmeros movimentos e iniciativas próprias, que estimulem a participação popular, nos remetendo assim, ao conceito de empoderamento que constitui um eixo central dos princípios teóricos da promoção da saúde (9;11; 12).

O empoderamento — termo traduzido diretamente do inglês *empowerment* — pode ser entendido como a ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência; é uma abordagem que coloca as pessoas e o poder no centro dos processos de desenvolvimento, assumindo o controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida e tomando consciência de suas habilidades e competências para produzir, criar e gerir. Esta definição descrita acima se baseia na concepção apresentada pelo economista indiano Amartya Kumar Sen (13; 14). Por outro lado, o conceito de libertação, discutido intensamente pelo educador brasileiro, Paulo Freire (15; 16; 17), parece referir-se ao mesmo fenômeno expresso na palavra *empowerment*. A visão de liberdade, para ele, vai além da redução dos aspectos de inclusão social e resgate da cidadania, a uma mera questão de distribuição desigual de poder entre os membros da sociedade, e sim da necessidade de uma prática educativa que estimule a participação livre e crítica dos cidadãos (17, 18). Em decorrência disto, utilizar-se-á o binômio *empoderamento/libertação* como substituto de empoderamento. Posteriormente, no presente estudo será discutido com maior riqueza de detalhes, as questões ligadas a este tema.

Como já descrito anteriormente a promoção da saúde se apóia em ideais ligados ao *empoderamento/libertação* dos cidadãos, uma vez que tem como pressupostos básicos a necessidade de democratização das informações e um trabalho conjunto de toda a sociedade para a superação dos problemas, envolvendo a descentralização do poder, as ações multidisciplinares e intersetoriais, além da participação da população na formulação de políticas públicas e nos processos de decisões. Destacando a necessidade da criação de espaços para o exercício da cidadania como um elemento essencial para estas ações. Diante dessa realidade, se faz necessário o desenvolvimento de processos participativos que promovam o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos controlarem situações, a partir da conscientização dos determinantes dos problemas e da formação do pensamento crítico (19); entendemos então que o PSF pode ser pensado como um lócus favorável de atuação neste contexto.

O presente estudo tem como objetivo, apresentar uma reflexão teórica acerca da importância do PSF para a promoção e estímulo ao *empoderamento/libertação* da população estimulando-a a uma participação mais ativa na tomada de decisão na área da saúde.

O Programa de Saúde da Família: trajetória, diretrizes e o envolvimento da população na atenção à saúde.

O PSF tem como propósito a superação da visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde-doença, passa a ser pensada de uma forma mais ampla, levando em consideração a realidade local, comunitária e familiar (3).

Nesse sentido, concebido inicialmente como um programa de saúde, é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) atualmente, como: “uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde” (20).

Esta estratégia está sendo adotada gradativamente no Brasil e vem se consolidando nos últimos anos como uma das políticas de saúde prioritárias do governo federal (20).

O PSF é colocado como uma alternativa para a reorganização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS. Buscando a incorporação da promoção da saúde, do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, do envolvimento comunitário e de uma lógica de responsabilização, os quais devem contribuir para uma efetiva melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas (21).

O programa tem como premissa a territorialização, que demarca um espaço concreto para a atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Permitindo, assim: compreender a dinâmica do núcleo familiar — suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção —, e avaliar quais determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade (22).

Atua como orientador das políticas intersetoriais, exercendo neste âmbito um papel fundamental, na medida em que facilita à compreensão das estruturas que precisam ser modificadas, com vistas a garantir o bem estar da comunidade. Além, de ser capaz de atuar como um importante mobilizador das forças sociais que nesse espaço se inserem, facilitando a interação dos cidadãos com o governo local na busca de soluções para os seus problemas (22).

Neste sentido, por sua capacidade de conhecer a realidade epidemiológica, utilizar as ferramentas de gestão disponíveis e traduzir os temas para uma linguagem acessível à sua comunidade; é possível, ao PSF, construir metas e pactos visando

uma vida com saúde para os seus membros, diante das expectativas dos mesmos, bem como, possibilitar a inserção desses atores no processo de tomada de decisão (3).

A participação popular, neste contexto, é extremamente importante, uma vez que, permite aos cidadãos exercerem um papel de protagonistas sobre a organização e construção do sistema local de saúde. De fato, o PSF deve ser entendido no contexto da participação social, através da lógica da vigilância à saúde, representada pela concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida e no usuário (23) e através do modelo usuário-centrado, que coloca o cidadão no centro da atenção e do cuidado em saúde (24).

As bases legais do direito à saúde são postas nesta nova conjuntura, onde se pode destacar o direito à cidadania, cuja consequência é a valorização da participação popular nas decisões sobre as políticas de saúde (12). Estudos realizados em equipes do PSF têm demonstrado a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com a equipe de saúde, visto que muitas vezes a própria equipe o coloca fora do âmbito das decisões que lhe dizem respeito (25; 11).

Esta realidade vivenciada em alguns municípios brasileiros, nos mostra a clara desconsideração da autonomia e do direito do usuário, intervir e participar da formulação de políticas locais. Situação que pode ser interpretada como um reflexo da formação histórico-cultural brasileira, que, não experimentou a vivência da democracia em sua plenitude. Nascemos e crescemos em condições negativas às experiências democráticas, onde o povo ficou à margem dos acontecimentos e, inexistiram condições de experiência e vivência da participação popular na coisa pública (17).

Para melhor compreensão sobre as possibilidades do PSF atuar como um elemento para estímulo do empoderamento/libertação da população, é necessário a compreensão da participação social como fato político, representando o exercício de uma capacidade organizativa concreta da população, tendo em vista o controle sobre atividades públicas, e ativação da sociedade civil, com a presença da população na arena política em defesa de seus interesses (23). Diante destas perspectivas, cabe ao Estado formar⁴ a população, favorecendo sua emancipação política; neste aspecto, o

⁴O termo formar, traz implícito o ideário grego de Paidéia, definida por Platão como "(...) a essência de toda a verdadeira educação ou Paidéia é a que dá ao homem o desejo e a ânsia de se tornar um cidadão perfeito e o ensina a mandar e a obedecer, tendo a justiça como fundamento" (cit. in Jaeger, 1995: 147).

PSF pode ser utilizado como um substantivo instrumento, haja vista seus princípios e diretrizes.

Desde esta perspectiva, é necessário, restabelecer a interação dialética entre Estado e sociedade civil, e não apenas uma dicotomia, porque um é produto do outro, e as pessoas e os grupos se entrelaçam em ambos, sendo a relação de controle democrático (26).

O MS vem articulando uma proposta de atuação da equipe de saúde da família com foco na organização do cuidado com base nos problemas. Assinalando a introdução de novas formas de poder, tanto para os membros da equipe como para algumas lideranças da comunidade, que se transformam em interlocutores privilegiados no processo de tomada de decisão (27). Possibilitando assim, uma nova dinâmica de inclusão social, que deve pressupor não somente o direito de acesso aos equipamentos públicos, mas o reconhecimento das capacidades criativas, propositivas e gerenciais das camadas populares que podem ser demonstradas continuamente, através de movimentos e iniciativas próprios, que estimulam a participação popular (19). Isto é, ter consciência do seu papel em uma sociedade democrática a partir de uma prática concreta do exercício desta.

Nesse sentido entendendo que o compromisso ético-político do próprio SUS, é o compromisso com a promoção da saúde, que junto à integralidade e à gestão participativa, coloca os sujeitos (usuários e profissionais de saúde), como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde. Estabelecendo modos de atenção e gestão que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção, e entre as necessidades sociais e as ações do Estado. Tornando importante o diálogo constante com os movimentos sociais, estabelecendo formas de articulação mais permanentes e sustentáveis, na medida em que se multiplicam as possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde pública e qualificam cada vez mais as ações no SUS, para a redução da vulnerabilidade e para a melhoria da qualidade de vida da população. Essa postura ético-teórico-política se expressa no compromisso em reorganizar os serviços de saúde e preparar os profissionais de saúde que ali atuam para incluírem a população na construção e na gestão de seus projetos de saúde e processos de trabalho (4). É precisamente neste horizonte que se inscreve o debate atual sobre o binômio empoderamento/libertação, como será discutido a seguir.

O Programa de Saúde da Família e o Empoderamento/libertação da População.

O PSF entendido dentro da lógica da vigilância à saúde representa a saúde centrada no usuário na concepção de qualidade de vida e da promoção da saúde (3; 23; 28).

A promoção da saúde é vista como uma estratégia mediadora entre o ambiente e a sociedade, visando aumentar a participação dos sujeitos e das coletividades na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer, e hábitos de vida, onde o Estado tem a responsabilidade de reduzir as diferenças, assegurando a igualdade de oportunidades e promovendo meios que permitam a todos desenvolverem um melhor controle sobre sua saúde (24).

Desde esta perspectiva, destaca-se a importância estratégica do conceito de empoderamento (*empowerment*), definido como o processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (29), ampliando as possibilidades de controle, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência (13;14), o qual está em íntima interseção com a idéia de libertação trabalhada por Paulo Freire (15;16;17).

Amartya Kumar Sen expressa empoderamento para aquilo que o brasileiro Paulo Freire, chama de libertação daqueles cidadãos que logram para a sua inclusão social, entretanto, este último traz uma concepção mais ampla e generosa do cidadão que se liberta da situação de exclusão por meio da educação (18). Isso é a educação para a formação do homem-sujeito, capaz de entender o porquê existe e não só vive, ganhando pouco a pouco a consciência de suas possibilidades, como resultado imediato de sua inserção no mundo. Como relata Paulo Freire (2005), a educação libertadora dos cidadãos é capaz de mudar a realidade, onde: “a desesperança das sociedades alienadas passa a ser substituída por esperança, quando começam a ver com seus próprios olhos e se tornam capazes de projetar (...) interpretando os verdadeiros anseios do seu povo” (17).

Remetendo estes conceitos para o campo da saúde, destaca-se que o empoderamento e a participação social são conceitos que fazem parte do campo de ação da promoção da saúde, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde (30).

Na Carta de Ottawa (1986), esse campo de ação é definido como o processo de desenvolvimento na comunidade, da capacidade de controle e de habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, através da mobilização coletiva, onde o desenvolvimento de recursos humanos e materiais para estimular a independência e o apoio social. Tanto na Carta de Ottawa como na Declaração de Adelaide (1988) a ação comunitária é o ponto central da promoção de políticas públicas para a saúde, pela qual a comunidade busca a posse e o controle de seus próprios esforços e destinos (31).

Nessa mesma direção, a Declaração de Sundsvall (1991) propõe reforçar a criação de ambientes saudáveis através de ações comunitárias de maior controle sobre a saúde e o ambiente e, uma maior participação nos processos de tomada de decisões. Por fim, destaca-se a Declaração de Bogotá (1992), ampliando um pouco mais essa noção, sugerindo que a ação comunitária é capaz de fortalecer a capacidade da população para participar das decisões que afetam a sua vida e para optar por modos de vida saudáveis através do diálogo de diferentes saberes (31).

Observa-se que o conceito de empoderamento/libertação, presente implícita ou explicitamente nestas cartas, corporifica a razão de ser da promoção da saúde enquanto um processo que procura possibilitar que os indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes de saúde, para conseguirem uma melhor saúde e qualidade de vida (32).

Nesta perspectiva, o cidadão situa-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, tendo como questão central o exercício positivo desse poder na construção de uma cidadania participativa, não se resumindo somente à obtenção de poder e de direitos; este exercício implica em criar as condições para que o cidadão tenha uma ativa contribuição para tomar decisões e exercer controle sobre sua vida pessoal; e atuar coletivamente a fim de se conseguir uma maior influência e controle dos determinantes de saúde e qualidade de vida da sua comunidade (33).

O empoderamento/libertação da população, através da difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é central na estratégia da promoção da saúde. Com efeito, é capaz de levar a uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, redimensionando a questão da participação, a qual passa a ser entendida como pré-requisito institucional e político para a definição da “saúde que queremos”. Não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas (34).

Esta abordagem trabalha a noção de poder como um recurso distribuído de forma desigual na sociedade (35) e uma questão geradora de conflito, na qual convivem visões potencialmente criativas e transformadoras com elementos de conservação do *status quo*. Parte do paradigma de que a sociedade é constituída por diferentes grupos de interesse, com níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de empoderamento levem a redistribuição de poder e a inclusão social/libertação (9;16; 17).

Estratégias de empoderamento/libertação da comunidade supõem entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, do planejamento e de execução de projetos e ou iniciativas sociais (36).

Neste processo de empoderamento/libertação, observa-se a presença de fatores situados em distintas esferas da vida social. No plano individual estão a autoconfiança e auto-estima; na mesosfera social observa-se estruturas de mediação onde membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam sua consciência crítica, e na macro-esfera há estruturas sociais como o Estado e a macroeconomia (9; 37). Ao pensar no PSF, como uma estratégia de reorganização da assistência sanitária, onde a atenção primária é o foco central da atenção, e como um espaço onde ações de promoção, prevenção e cura, são realizadas no âmbito individual e coletivo, podemos inferir que esta estratégia se insere em todas as esferas sociais. Podendo ser interpretada como um lócus situado em um novo perfil de atuação da sociedade civil organizada na gestão do sistema sanitário.

O PSF deve assumir sua função primordial no estímulo ao empoderamento/libertação comunitário. Uma vez que este pode possibilitar aos indivíduos e a coletividade o desenvolvimento de competências para participar da vida em sociedade, incluindo habilidades e pensamentos reflexivos (38; 39). Este pensamento é reforçado na obra de Freire & Frei Betto (1985), como pode ser retratado por essa passagem: “[...] *uma educação humanizada é o caminho pelo qual homens e mulheres podem se tornar conscientes da sua presença no mundo. A maneira como atuam e pensam quando desenvolvem todas as suas capacidades, tomando em consideração as suas necessidades, mas também as necessidades e aspirações dos outros*”.

Ao assumir a mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade, o PSF se torna um instrumento chave para o

empoderamento/libertação da população. Este programa deve detectar e principalmente promover acontecimentos sócio-políticos que possam afetar a consciência social ou sanitária de grupos na comunidade, construindo condições para viabilizar a inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios, seja por meio do fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, ou das instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, garantindo a participação tanto na análise dos problemas de saúde, quanto na definição de intervenções. Estas seriam as prerrogativas para construção de viabilidade social das mudanças no setor da saúde. (40)

É interessante ressaltar a importância do desenvolvimento de práticas democráticas no processo de trabalho das equipes de saúde. Uma vez que a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, tampouco uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas, outrossim, uma mentalidade e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão (17), como já demonstrado desde tempos imemoriais pelos gregos da *pólis* (41;42), no processo de formação do homem, *paidéia*, fundamental à atividade ético-política (43). A participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal e só se aprende a participar, participando (44).

Segundo Crevelim (2005), os limites para o processo de participação não se dão apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, uma cultura cívica, assim como uma falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida. Para que se fomente a participação social é essencial a acumulação de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o Estado que reforcem condutas de confiança recíproca.

Como processo social, a participação tem que ser gestada e amadurecida. Sem embargo, é válido ressaltar a falta de tradição do nosso povo em movimentos sociais e no exercício da cidadania (45). Para se chegar à participação nas definições e decisões sociais, não se pode deixar de considerar outros pressupostos da existência humana, como a garantia de condições adequadas de moradia, alimentação, educação, que em muitos casos são a principal preocupação da população impedindo assim que esta se preocupe em participar ativamente da vida pública local (38; 13).

É necessário entender que a participação social não se resume na ação de compartilhar os espaços dos conselhos e outras instâncias da esfera pública. Para que se obtenha a participação, é primordial que se desenvolva uma cultura cívica — aqui,

uma vez mais, vale lembrar o exemplo dos gregos (43) — a qual surge de estruturas participativas organizadas autonomamente na sociedade civil. Este trabalho na base da sociedade é fundamental para alimentar e fortalecer o controle social (37).

O mais adequado para garantir o envolvimento e a participação da população nos programas de saúde, é que estes sejam elaborados e aplicados juntamente com a população e, não impostos a ela, exercendo assim um processo de diálogo e negociação, cuja situação deve ir mudando com propostas e programas desenhados pela população e executados pelo Estado. Este processo de participação aumenta o sentido de responsabilidade que significa consciência e cumprimento de deveres e direitos (46).

Dentro desse contexto, impõe-se a necessidade de refletir sobre como se apresenta o PSF no município, tanto do ponto de vista da população, como das particularidades do sistema, principalmente no que tange à organização dos serviços. A interação desses dois aspectos permite delinear a importância de fatores como: (1) necessidade e demanda da população aos serviços, (2) o acesso aos recursos e a disponibilidade dos serviços, (3) a quantidade e a qualidade da atenção, (4) a resolubilidade, (5) a relação custo-benefício e (6) a participação popular na construção do sistema de saúde de seu município.

Considerações Finais

O PSF deve trabalhar para construir possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto assistencial comum. A equipe deve deixar-se interagir com a comunidade, sendo reconhecida como integrante da mesma e como um instrumento para viabilizar a melhoria das condições de vida e conseqüentemente na geração de melhores condições de saúde.

Não se pode esquecer do compromisso da promoção da saúde com a produção de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários, e que para a viabilização deste compromisso é necessário a criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde. A busca constante por estes espaços que valorizem a participação da comunidade e o encontro dos profissionais e usuários do SUS, atuando como parceiros na luta pela garantia dos direitos da cidadania.

Desta forma, é necessário valorizar o PSF como um lócus favorável para o empoderamento/libertação, não só da população, mas dos gestores e profissionais da

área da saúde, contribuindo para o aumento da capacidade reflexiva e de participação na vida política. E isso é possível, desde que exista motivação, compromisso e vontade por parte destes atores.

Referências Bibliográficas

- 1- Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(2):319-328.
- 2- Brasil, 1988. *Constituição Federal. Da Ordem Social – Seguridade Social*. Brasília: Senado Federal.
- 3- Seclen-Palacin JA. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: Seclen-Palacin JA, Fernandes AS. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004: 15-36.
- 4- Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 745-749.
- 5- Kant I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70; 1960.
- 6- Schramm FR. ¿Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas* 2001; 6(11): 43-54.
- 7- Bornheim GA. As medidas da liberdade. In: Novaes A (org.). *O avesso da liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras. 2002: 41-57.
- 8- Schramm FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1): 27-37.
- 9- Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(4): 1088-1095.
- 10- Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1354-1360.
- 11- Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 323-331.
- 12- Oliveira JB, Gusmão SC. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista – BA. In: Seclen-Palacin JA, Fernandes AS. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004: 63-76.

- 13-Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2001.
- 14-Sen A. ¿Por qué la equidade en salud? *Pan American Journal of Public Health* 2002; 11(5-6): 302-309.
- 15-Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
- 16-Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
- 17- Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- 18-Garrafa V. *A inclusão social no contexto da bioética*. Conferência apresentada no Seminário Mensal julho/2005 da ANVISA, em Brasília-DF e no painel “Bioética: inclusão e justiça social”. VI Congresso Nacional da REDE UNIDA, Belo Horizonte: 2005.
- 19-Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira, IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade* 2004; 13(1): 14-24.
- 20-Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros>. Acessado em 10 abril de 2006.
- 21-Becker D. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001: 117 p.
- 22-Brasil, *Manual de Organização para a Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 1999.
- 23-Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006.
- 24-Ayres JRC.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Comunicação* set.2003-fev.2004; 8(14):73-92.
- 25-Matamoto S. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
- 26-Demo P. *Política Social, Educação e Cidadania*. São Paulo: Papirus, 2003.
- 27-Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família*. Brasília-DF, 2000.
- 28-Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 1999; 15 (2): 345-353.

- 29- World Health Organization. *Glossary of health promotion terms*. Geneva: World Health Organization/ Division of Health Promotion, Education and Communication / Health Education and Health Promotion Unit; 1998.
- 30- World Health Organization. Health promotion: a discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot.* 1984; 1: 73-78.
- 31- Organização Pan-Americana da Saúde. *Marco conceitual, Cartas: Documentos que norteiam a promoção da saúde*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>, Acessado em: 25 de março 2006.
- 32- Czernia D, Freitas C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2003: 174p.
- 33- Teixeira MB. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. [Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002: 105 p.
- 34- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000, 5(1): 163-177.
- 35- Foucault M. *Microfísica do poder*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- 36- Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: www.opas.org.br. Acessado em 15 de dezembro de 2005.
- 37- Gonh MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(2): 20-31.
- 38- Labra ME. Capital social y consejos de salud em Brasil. Um círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública* 2002; 18: 47-55.
- 39- Freire P, Frei Betto. *Essa escola chamada vida*. São Paulo: Ática, 1985.
- 40- Trad LAB, Bastos ACBO. Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2):429-435.
- 41- Aristóteles. *Constituição de Atenas*. Tradução de Therezinha M. Deutsch. São Paulo: Nova Cultural, 2000: 233-314p.
- 42- Platão. *A República*. Introdução, tradução e notas de Maria Helena da Rocha Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1987.
- 43- Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. Tradução de Artur M. Parreira. 3ª ed.. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- 44- Bordenave JED. *O Que é Participação?* São Paulo: Brasiliense; 1983.
- 45- Siqueira-Batista R. *Miséria*. Rio de Janeiro: Ed. KroArts; 2005.
- 46- Briceño-Leon R. El contexto político de la participación comunitária em América Latina. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2): 141-147.

ARTIGO ORIGINAL I:

O Controle Social em Cena: (re) pensando a participação popular no contexto da saúde

Resumo:

A partir da década de 90, os conselhos de saúde se tornaram um mecanismo estratégico para garantir a democratização do poder decisório no Sistema Único de Saúde - SUS. O presente estudo se propõe a analisar a experiência do controle social, via Conselho Municipal de Saúde - CMS, em um município de pequeno porte localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, apresentando dados obtidos por intermédio da realização de entrevistas semi-estruturadas, utilizando essencialmente o referencial teórico da pesquisa qualitativa. Diante da realidade vivenciada, observamos que a possibilidade de uma gestão participativa no SUS, não se consolidou como uma prática efetiva de gestão da coisa pública. O que se verificou na verdade, foi um grande desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando assim uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e funcionamento do CMS, principalmente na determinação de seus membros, impedindo, desta forma, que este seja um espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política do conselho e, principalmente, da possibilidade de interferir, discutir e deliberar sobre as questões de saúde do município. Propõe-se como estratégia para a superação desta realidade, o desenvolvimento de ações que visem a mudança da realidade local, via o empoderamento/libertação dos diversos atores sociais envolvidos no contexto da participação social.

Palavra Chave: Conselhos de Saúde, Cidadania, Democracia.

Introdução:

O presente estudo se propõe a analisar a experiência do controle social em saúde, via Conselho Municipal de Saúde – CMS, em um município de pequeno porte localizado na Zona da Mata de Minas Gerais; avaliando a dinâmica de construção do processo de controle social e o funcionamento do CMS, partindo da compreensão, que o controle social se coloca como uma condição e um instrumento indispensável para a construção do direito à saúde em uma sociedade democrática, sendo os conselhos de saúde uma inovação política, institucional e cultural para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

No campo da saúde, o controle social deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão da coisa pública, resultando

na apropriação pela sociedade organizada de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços de saúde. Essa noção deve indicar uma nova mobilidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, onde o controle social é ao mesmo tempo resultado do processo de democratização do país, e um pressuposto essencial para a consolidação deste ideal democrata (Gerschman, 2004). Parafrazeando Acioli (2005): *“falar de participação popular implica necessariamente, falar em disputas por espaços de poder e, mais especificamente, a disputa pelo controle de verbas públicas no espaço público”*.

No contexto sociopolítico brasileiro, a partir da instituição do SUS, a saúde passa a emergir como uma questão de cidadania e, a participação política na gestão do sistema se torna uma condição *sine qua non* para o seu exercício. Diante desta realidade, os conselhos de saúde se tornam um importante elemento para a participação da sociedade civil na tomada de decisão na área da saúde e também um mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e equidade no SUS.

Diante do aparato legal do sistema sanitário brasileiro, a lei 8.142/90 confere aos conselhos de saúde a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atuando na co-gestão do SUS nas três esferas de poder (municipal, estadual e federal) (Brasil, 1990).

Os conselhos têm por finalidade não somente abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas também reforçar a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa em toda a sociedade. Cultura essa, que tem dentre seus princípios fundamentais a justiça, a equidade, a solidariedade, a confiança e a tolerância (Figueiredo, 2001; Noronha & Soares, 2001; Labra, 2005).

Apesar dos esforços para a consolidação dessa visão moderna de participação social, nota-se, que o quadro de reordenação social e política proposto para a sociedade brasileira, ainda não experimentou um progresso seqüencial dos direitos civis, políticos e sociais. O que se tem na realidade é um processo de construção lenta da cidadania como um valor coletivo, observando na prática uma versão híbrida e frágil dos direitos civis, marcada pela instabilidade política, social e econômica, vivenciada nos últimos anos; não contribuindo assim, para o efetivo amadurecimento da cidadania plena no Brasil. Destacamos ainda, que estes direitos foram instituídos no país, em contextos autoritários, de baixa percepção política, marcados por

desigualdades entre as classes populares e os setores médios e altos da população (Carvalho, 2001).

A literatura sobre a prática do controle social em saúde no Brasil, tem demonstrado diversos entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde, indicando que o funcionamento dos conselhos não é semelhante em todo o país. Diferentes estudos têm indicado que a participação, principalmente do segmento dos usuários, tende a ser cerceada, mostrando uma tendência à reprodução do jogo político local no conselho, além da apropriação indevida do conselho pelo poder executivo, dentre outros pontos (Cotta et al., 1998, Labra, 2002; Guizard et al., 2005; Correia, 2005; Van Starlen et al., 2006).

Diante dessa realidade se faz importante a realização de estudos que visem avaliar a dinâmica de funcionamento dos CMS na elaboração de políticas públicas e no controle das ações exercidas pelos gestores locais, vislumbrando a possibilidade de identificar os problemas existentes no âmbito interno e externo ao conselho, permitindo propor intervenções que possam contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população e uma melhor atuação dos mesmo, visando o fortalecimento do sistema sanitário local.

Sujeito e Métodos:

O presente estudo foi realizado no período de abril a setembro de 2006, com os membros do CMS de Teixeira, município de pequeno porte, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais.

Para a coleta e análise dos dados utilizamos essencialmente como método de investigação a pesquisa qualitativa em saúde, que é entendida como a técnica capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às reações, e às estruturas sociais, tidas como construções humanas significativas. Optamos por essa estratégia de pesquisa, uma vez que a mesma, é uma abordagem que trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, compreendendo o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos apenas à operacionalização de variáveis numéricas (Minayo, 1994, 2005).

Como estratégia de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada com os membros do CMS, esta é uma técnica em que se utiliza um roteiro com

perguntas previamente formuladas como guia para a abordagem, mas mantém questões abertas, onde o informante pode expressar suas experiências, seguindo sua linha de pensamento dentro do foco principal colocado pelo investigador (Minayo, 1994; Triviños, 1987). É um instrumento utilizado para facilitar a conversa com uma finalidade, que no presente estudo era compreender a dinâmica de funcionamento do CMS, verificando sua atuação como um instrumento de efetiva participação da população na tomada de decisão em saúde.

Tendo como base estas considerações, destacamos as representações sociais sobre o processo de controle social no município, estas são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto. São as modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos (Minayo, 1994; Moscovici, 2003); contribuindo para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação, onde o sujeito é responsável pela construção da realidade enquanto um sujeito social, entendendo assim, que as representações são sempre construções contextualizadas (Spink, 1993).

Avaliamos também os conteúdos das atas das reuniões, onde, são registrados os discursos dos membros do CMS. Essa técnica de investigação é denominada análise documental, que deve ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, obter informações quantitativas ou qualitativas que permitam a realização de inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens vividas (Bardin, 1977). Isto é, podemos analisar a fala encenada, onde existe uma “cena englobante” que permite identificar o tipo de discurso de cada ator social, possibilitando identificar quais as relações entre os fatos sociais e o tempo sócio-cultural cronológico vivido pelo conselho (Richardson, 1999). Não obstante, só foram analisamos as atas da gestão atual do conselho municipal de saúde, uma vez que os livros de atas das demais gestões não foram encontrados pelos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

Para organização e análise dos dados, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), onde todos os dados foram segmentados manualmente, separados por núcleos de sentido definidos a partir dos pressupostos teóricos utilizados para a elaboração dos roteiros de entrevista e de temas que emergiram durante o processo de coleta de dados.

Assim, os pensamentos dos conselheiros se tornaram presentes a partir da criação destes núcleos de sentido definidos a partir de seus discursos. Desta forma, pode-se dizer que os núcleos identificados são categorias que reúnem um grupo de elementos com caracteres comuns sob um título genérico, que quando condensados, fornecem uma representação simplificada dos temas investigados sob a ótica dos atores entrevistados (Bardin, 1977).

Após esta etapa, direcionamos a organização dos dados para uma abordagem social qualitativa e quantitativa, possibilitando medir os processos e, ao mesmo tempo, compreender e interpretar como os atores se entrelaçam em seu contexto social. Esta estratégia metodológica é conhecida como Triangulação de Métodos (Minayo, 2005).

Na construção metodológica, nos preocupamos também com as questões éticas. Houve a divulgação prévia dos objetivos da pesquisa e ela se tornou pauta de uma das reuniões do CMS que ocorreu no mês de janeiro de 2006. O projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (aprovado Of.Ref.Nº 010/2006 de 27/03/2006) e todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que continha informações sobre o estudo. Destacamos ainda, que na apresentação das falas transcritas, foi respeitada a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados, e com o objetivo de preservar a identidade destes, colocamos no final das falas apenas os números dos questionários.

O Cenário e os Atores Estudados

O município de Teixeira, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, apresentou no ano de 2000, uma população residente de 11.149 habitantes, sendo considerado, um município de pequeno porte, segundo os parâmetros classificatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Segundo dados do mesmo Censo, a maioria dos municípios Brasileiros (90,47%), isto é, 4.982 municípios brasileiros são considerados de pequeno porte, cuja população é de até 50.000 habitantes (IBGE, 2007).

O atual CMS de Teixeira, tomou posse em março de 2005 e é composto por 38 membros, sendo 21 titulares e 17 suplentes, destes, 52,6% eram mulheres e 47,4% homens. Foram entrevistados ao todo 32 conselheiros (84,1%), mas todos os

membros foram procurados pelo entrevistador para participarem do estudo, entretanto, 2 (5,3%) não foram encontrados em suas residências e nem no local de trabalho, destacamos, que realizamos 3 visitas a cada entrevistado, e 4 (10,6%) se recusaram a participar, justificando a recusa, pelo fato de nunca terem participado das reuniões do CMS e diante de tal realidade, não se sentiam a vontade para participar do estudo.

Dentre os entrevistados a distribuição por sexo foi semelhante, sendo, 56,2% de mulheres e 44,8% de homens. A mediana de idade encontrada foi de 39,5 anos (mínimo de 24 e máximo de 74 anos). Em relação à escolaridade, 21,8% dos entrevistados tinham mais de 11 anos de estudo, 68,7% entre 8-11 anos de estudo e 9,4% menos de 4 anos de estudo. Um fato importante de ser salientado é que grande parte dos conselheiros (84,4%) eram funcionários da própria prefeitura do município estudado e tinham renda per capita mensal média de R\$ 437,77, valor superior ao encontrado no município no ano de 2000, onde a renda per capita média foi de R\$171,89 (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Além do vínculo empregatício existente entre conselheiros e a prefeitura municipal, identificamos também um grande envolvimento político-partidário dos conselheiros de saúde, onde 75% dos entrevistados relataram participar de campanhas políticas ou serem filiados a partidos políticos, dentre estes, 37,5% já foram candidatos/vereadores do município. Essa situação pode ser ilustrada nas falas abaixo:

“A minha família toda se envolve em política, eu já fui candidato a vereador, mas não ganhei por pouco, agora eu ajudo na campanha do meu partido, peço voto, faço o corpo-a-corpo” (23)

“Tenho um partido que sempre apoio, a política aqui é assim, cada um tem um lado e eu apoio o prefeito atual” (11)

Neste sentido, os conselheiros do município, de forma geral, são um grupo diferenciado da maioria dos usuários do SUS no município, uma vez que, apresentam melhor formação escolar, maior renda e estão ligados diretamente à prefeitura, tanto administrativamente quando politicamente, podendo representar uma tendência à reprodução do jogo político local no CMS.

O Texto Desconhecido: a principal causa da prática encenada

Para melhor compreensão da realidade vivenciada, retomamos o conceito definido por lei para os conselhos de saúde: estes são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos do SUS, que têm entre suas atribuições a atuação direta na formulação e proposição de estratégias, bem como, o controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. No processo de criação e reformulação dos conselhos, o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deve garantir a paridade de representação do segmento dos usuários em relação aos demais segmentos, destacando que todos os representantes no conselho devem ser indicados por seus pares de acordo com sua organização ou fóruns realizados de forma independente. Assim, a legislação deixa claro que os conselhos de saúde são espaços que devem atuar para garantir a democratização do processo decisório no SUS, de forma autônoma aos gestores locais (Brasil, 1990; Brasil, 2003).

Tendo claro essa concepção, iniciamos o processo de conhecimento sobre o universo da participação social, no município de Teixeira, a partir da análise das atas das reuniões do CMS, que foram realizadas previamente.

Buscamos compreender como foi realizado o processo de estruturação desta gestão atual do CMS, analisando a ata da primeira reunião do mesmo, que ocorreu em fevereiro de 2005. A realidade retratada nesta ata mostra grande desconhecimento dos gestores municipais sobre a função e sobre como deve ser realizada a determinação dos membros para comporem o conselho. Segundo as palavras de um assessor da SMS: *“é o CMS que faz o acompanhamento da saúde no município, dando sugestões (...) a Secretaria Municipal de Saúde faz os projetos e o conselho decide apoiando ou não, para que os recursos possam ser liberados (...) a formação do conselho é indicada pelo prefeito e pelo secretário de saúde”*. Assim, diante dessa fala, podemos inferir, que o CMS é visto apenas: como um instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde no município; como uma exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela SMS; e onde estarão presentes aquelas pessoas que são tidas como aliados políticos ou “pessoas de confiança” dos gestores locais.

Esta explanação inicial sobre qual seria a função do conselho de saúde no município, apesar de inadequada, se torna o pilar sob o qual é estruturado a gestão atual do conselho estudado, refletindo diretamente na atuação dos conselheiros e

dificultando a transformação desse espaço institucional, num instrumento para a garantia da concretização do princípio constitucional da participação social no SUS.

Nesta mesma reunião, o Secretário Municipal de Saúde se coloca como presidente do conselho e os demais membros que estavam presentes na reunião, todos, funcionários da prefeitura municipal, se tornam integrantes da secretaria executiva, formando assim, a coordenação geral do CMS; vale ressaltar que esta situação também fere as diretrizes legais para a constituição dos conselhos, uma vez que, a definição desta coordenação geral deve respeitar a paridade preconizada e deve ser eleita em plenária (Brasil, 2003).

Por fim, a análise dessa mesma ata, informa sobre o agendamento de uma segunda reunião que ocorre em março de 2005, onde o prefeito nomeia os demais membros que passam a compor o conselho.

Toda a realidade apresentada até o momento está em discordância com o que é preconizado pela legislação. A seguir discorreremos de forma mais detalhada sobre os dados obtidos, buscando demonstrar em profundidade a realidade dinâmica e complexa da participação social via CMS no município em estudo.

A Realidade Vivida: a lacuna existente entre “o espírito e a letra da lei”

Os conselhos de saúde devem ser considerados como uma estratégia institucional que além de abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, possibilita o reforço da dinâmica social vislumbrando a disseminação de uma cultura participativa (Figueiredo, 2001; Noronha & Soares, 2001).

A possibilidade da participação da sociedade civil é um fundamento essencial, para que os conselhos se tornem instâncias privilegiadas de proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização das políticas públicas de saúde, baseadas prioritariamente nas demandas sociais. Para tal fim, a legislação determina a paridade da representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no conselho. Assim, as vagas para os conselheiros devem ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços; destacando que, todos os membros do conselho devem ser indicados por seus pares (Brasil, 2003).

No município estudado, segundo as informações da ata de nomeação dos membros, observamos uma dissonância em relação à exigência legal, uma vez que no conselho, 37,5% dos membros são representantes da população usuária, 9,4% são representantes dos trabalhadores e 53,1% são representantes do governo, sendo que entre estes últimos, 11,8% são representantes da câmara dos vereadores (2 vereadores municipais); fato este, que também está em desacordo com o que define a resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, uma vez que, representantes dos poderes legislativo e judiciário não devem compor os conselhos de saúde, que situa no âmbito do poder executivo, em face da independência que deve existir entre os poderes.

O desconhecimento dos gestores locais sobre o processo de determinação dos membros que devem compor o CMS, acaba por refletir na identificação dos conselheiros entrevistados sobre qual segmento da sociedade representavam no conselho. Observamos que 40,6% não sabiam informar qual categoria representavam, 31,3% relataram ser apenas suplente ou titular e apenas 28,1% sabiam relatar corretamente qual categoria representavam, sendo que, entre estes últimos, todos eram representantes do governo.

Além da inadequação na forma de definição dos membros que passaram a compor o conselho, interferindo diretamente na autonomia participativa dos conselheiros, outro fato que compromete a atuação do CMS, é ausência de uma agenda pré-definida sobre a data de realização das reuniões. A legislação recomenda que o plenário do conselho se reúna, no mínimo a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, sendo essencial que sejam encaminhados com antecedência aos conselheiros a pauta e o material de apoio para os temas debatidos nas reuniões (Brasil,2003).

Vale mencionar que em nossa proposta inicial de estudo, estava previsto a utilização da técnica de observação participante das reuniões do conselho, já que esta técnica é considerada parte essencial do trabalho de campo em pesquisa qualitativa. Entretanto, não foi possível a realização da mesma, pois durante os seis meses de coleta de dados não ocorreu nenhuma reunião do conselho no município. Segundo as informações do caderno de atas do CMS, durante todo o período de formação desta gestão (19 meses) ocorreram apenas 7 reuniões do conselho.

De toda forma, intencionalmente, perguntamos aos entrevistados qual seria a periodicidade das reuniões do conselho e, 34,4% destes relataram que as reuniões eram mensais ou quinzenais, 18,8% disseram que elas aconteciam de dois em dois

meses, 18,8% de três em três meses, apenas 9,2% afirmaram que não havia periodicidade pré-definida para a realização das reuniões e 18,8% relataram que não sabiam quando ocorriam as reuniões.

É importante destacar que este contexto de desconhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, pode ser interpretado como fator pré-determinante para a realidade inadequada do exercício do controle social em saúde, encontrada no município estudado.

Em consonância com a realidade dos gestores locais, que não apresentavam um conceito preciso para a definição das reais atribuições do CMS, observamos que os conselheiros apresentavam diferentes padrões de resposta sobre o significado do CMS. Com algumas exceções, a maioria dos entrevistados apresentou dificuldade para formular um conceito sobre o significado do CMS. Muitos o definiram, de forma semelhante ao que havia sido repassado a eles na primeira reunião, pelo assessor da SMS, onde o conselho é visto como: um local que possibilita aos membros discutirem sobre a situação de saúde do município (43,8%); um local de repasse pela SMS, de informações sobre a situação de saúde do município (15,6%); um espaço de fiscalização e apoio das ações tomadas pela SMS (6,3%). Destacamos ainda que, 9,4% dos atores relataram que o CMS era um grupo formado para dar assistência social aos moradores do município; 6,3% não sabiam definir o que era o conselho e; 3,1% confundiram o CMS com o consórcio intermunicipal de saúde da região. A seguir, apresentamos algumas falas que retratam esta situação descrita:

“O conselho é um grupo de pessoas que se reúnem para discutir o que está acontecendo na saúde e trabalha para ajudar a prefeitura a resolver os problemas” (11)

“Conselho é o local para ter conhecimento do que se passa na saúde, fico sabendo de coisas lá e proponho projetos na câmara (Câmara dos Vereadores)” (28)

“é para fiscalizar e garantir se o atendimento vai bem em toda a cidade, se o dinheiro tá sendo gasto direitinho” (14)

“local para dar assistência na parte social da cidade” (5)

“conselho municipal de saúde é um lugar para fazer exames independente do hospital” (20)

De toda forma, uma parte dos conselheiros foi capaz de fundamentar um significado do CMS de forma mais completa, 15,3% disseram que o conselho era um

espaço que deveria possibilitar à todos os membros: compreender a realidade do município, formular e propor estratégias de intervenção, bem como controlar a execução das políticas de saúde locais, sendo que todos estes também destacaram que a realidade vivida no município ainda estava longe do ideal, como no depoimento a seguir:

“Teoricamente seria um espaço democrático para o exercício do controle social, onde o cidadão se torna responsável pela construção de sua realidade. Mas o que vivemos na realidade é um local aonde as pessoas vão para aprovar o que a secretaria pede, muitos não se expressam, não contradizem, se omitem, não sei se por medo ou por desconhecimento. O conselho é formado por um grupo de amigos. Tem horas que eu acho que alguns vão às reuniões só por causa do lanche que é servido” (25)

O quadro abaixo apresenta de forma sintetizada os núcleos de sentidos apresentados pelos conselheiros diante de suas representações sociais sobre o significado do CMS.

Quadro 1 – Núcleos de sentidos dos conselheiros municipais de saúde sobre o significado do CMS, Teixeira-MG (2006).

<i>Representação dos conselheiros sobre o significado do Conselho Municipal de Saúde</i>					
Conceito incompleto, mas condizente com as informações repassadas na primeira reunião do CMS		Espaço concreto de participação e controle social		Desconhecimento sobre o significado do CMS	
Conceito	%	Conceito	%	Conceito	%
Local de discussão sobre a situação da saúde	43,7	Local que deve possibilitar: compreender a realidade do município, formular e propor estratégias de intervenção, bem como controlar a execução das políticas de saúde.	15,6	Local para dar assistência social	9,4
Local para o repasse de informações sobre a situação de saúde	15,6			Não sabe definir	6,3
Local de fiscalização/ apoio às decisões tomadas pela SMS	6,3			Confundiu com o Consórcio Intermunicipal de Saúde	3,1

Quando questionados sobre como os mesmos avaliam sua participação no CMS, 43,8% disseram que apenas foram nomeados para participarem do conselho, mas não freqüentam as reuniões do conselho, sendo que muitos desses relataram não saber o real motivo de seus nomes terem sido indicados para o conselho; 40,7% relataram que participam ativamente das reuniões, entretanto, muitos acreditam que

seu papel e sua atuação servem para legitimar as decisões tomadas *a priori* pela SMS. Essa situação pode ser interpretada como um reflexo do processo de formação do conselho, marcado pelo desconhecimento sobre as atribuições do conselho. Como pode ser observado nas falas que se seguem:

“Eu sempre falo, mas só tenho a elogiar, tudo que eles falam está certo” (17).

“As reuniões são mais informativas, ficamos por dentro de tudo que esta acontecendo na saúde (...) acredito que participo ativamente sim, fazemos de tudo para o bem do povo...” (6)

Já 15,6% dos entrevistados informaram que pouco participam e se envolvem nos temas abordados durante as reuniões do CMS, relatando que sentem como se ocupassem apenas um lugar no conselho, atuando como figurantes do processo de construção e avaliação das políticas locais. Muitos acreditam que suas colocações parecem não ser pertinentes e respeitadas pelos demais membros do conselho, avaliando o conselho como um espaço burocratizado, onde apenas se referendam as decisões tomadas pelos gestores locais. Outros relatam que não se posicionam porque têm medo de se prejudicarem posteriormente. A fala descrita a seguir pode sintetizar estes pensamentos:

“tenho vontade de me envolver mais com os problemas, mas não consigo mudar nada lá, tenho a impressão que ocupo um lugar, tipo como uma carta branca em brincadeira de criança... não só eu como outras pessoas também, o que falamos não importa... apenas repassam o que já foi definido por eles e pronto, temos que aceitar... realmente eu acho que esse negócio de conselho de saúde como deve ser na lei, não vale em município pequeno, você tem que entender minha situação, se falar eu perco meu emprego, então é melhor ficar calada” (27)

Sob a ótica da representação social do processo de participação no conselho de saúde, 64,7% afirmaram não encontrar grandes obstáculos para a sua atuação no mesmo. Entretanto, 29,4% disseram que as questões políticas arraigadas no processo de criação e de condução das ações do conselho são as principais dificuldades encontradas, situação esta que fica clara diante da fala apresentada a seguir:

“Olha cidade pequena é assim, veja o que aconteceu comigo, eu faço parte de um partido sim, essa foi uma das grandes bobearas que fiz na vida, na época da eleição passada um amigo me pediu para filiar e eu acabei indo. Ai esse partido perdeu a eleição e eu perdi meu emprego. Aqui é assim, uma hora você tem emprego e se mudar a política você não tem mais. Acho que se não tivesse me envolvido nisso

estaria até hoje trabalhando na prefeitura, sempre tive meu emprego lá, sempre fui neutro (...) eu só tô aqui no conselho de saúde porque me ofereci para participar, precisavam de alguém lá da prefeitura e eu na época ainda trabalhava lá, aí eu pedi para fazer parte do conselho, porque já sabia como funcionava e achava que era muito importante para o município. Ai eles deixaram (...) passou um tempo, a poeira abaixou e acabaram me demitindo. Agora eu nem vou mais às reuniões do conselho” (1)

Apesar da baixa capacidade de influência dos conselheiros nas decisões do CMS, identificadas mediante os relatos descritos anteriormente, perguntamos aos entrevistados, se os mesmos acreditavam na existência concreta da participação popular no CMS. 59,4% destes relataram que isso não ocorria no município e as justificativas para tal resposta foram: o desinteresse e a desinformação da população associada à inexistência da possibilidade do exercício da participação popular no conselho local, uma vez que o princípio da paridade não é resguardado, pois quase todos os membros do conselho eram trabalhadores da prefeitura ou escolhidos pelo prefeito. Esta percepção pode ser ilustrada através das seguintes citações:

“não existe representação dos usuários, falar que existe é uma mentira, eles não querem que isso aconteça... o conselho é todo formado por ‘amigos’ ... no PSF, foi realizado um levantamento de problemas junto com a comunidade, pelos agentes de saúde... nesse trabalho foram detectadas varias lideranças populares que poderiam participar do conselho e tenho certeza que seriam capazes de realmente retratar a realidade do povo... infelizmente esse trabalho foi considerado apenas como mais uma exigência de um curso de capacitação para os agentes, nem os próprios agentes deram a devida importância para a atividade, eles preferem continuar acreditando que o povo é que não se interessa e não tem conhecimento para opinar... isso aqui é cultural e eles não querem que mude”(25).

“não deixam isso acontecer por questões políticas, querem mostrar o que eles fizeram, não dão espaço ao povo, muito menos se for de oposição” (16)

Assim verificamos que o Executivo resiste em compartilhar o poder com os demais segmentos da sociedade; onde o mesmo acaba por tutelar quais são os membros da sociedade que farão parte do conselho, levando assim a uma verdadeira despolitização dos âmbitos do exercício da cidadania participativa nas instâncias efetivas de participação popular, na formulação de políticas essencialmente sociais como o caso das políticas de saúde (Gerschman, 2004).

É possível mudar essa realidade? a visão dos conselheiros sobre as possibilidades de mudança.

Apesar de todas as limitações e entraves para a efetividade do exercício da participação e do controle social em saúde no município estudado, vale ressaltar que, 93,8% dos conselheiros entrevistados consideram importante a participação da população na formulação e no controle das políticas de saúde. O relato de um dos membros do CMS é apropriado para ilustrar este sentimento, por descrever o processo de construção e luta popular para a garantia do direito da participação social na formulação e controle das políticas de saúde no Brasil, mesmo tendo a plena consciência das dificuldades locais para a possibilidade desse exercício:

“Realmente o povo é o principal interessado nas ações do CMS, mas o que observamos é um total desinteresse de todos, do próprio povo e principalmente dos nossos governantes, sei que isso ocorre, mas não podemos deixar de lutar por esse direito conquistado com muita luta pelo nosso povo, se temos conhecimento dessa realidade temos que trabalhar para mudar...” (27)

Por fim, perguntamos aos entrevistados qual seria a melhor estratégia para o fortalecimento do controle social no município, cujas representações sociais dos atores entrevistados estão sintetizadas na Figura 1. Observamos que 59,4% destes relataram que divulgar as atividades do CMS e convidar a população para participar do mesmo, deveria ser a principal estratégia para esta função. Vale destacar, que 12,5% dos entrevistados acreditavam que o PSF poderia ser um grande instrumento para o fortalecimento do controle social, auxiliando na transformação da sociedade, o que segundo Merhy (1999), na lógica de funcionamento do PSF o cidadão situa-se no centro do modelo de prestação do cuidado em saúde, possibilitando assim o exercício positivo dessa estratégia na construção de uma cidadania participativa. Esta situação pode ser ilustrada segundo os relatos destes dois entrevistados:

“Nossa sei que tudo poderia ser diferente, já esta mudando muita coisa com a ampliação do PSF aqui no município. Numa reunião o pessoal do PSF mostrou um trabalho que eles buscaram junto com a população encontrar não só os problemas, mas também as soluções. Eu achei isso incrível... eles podiam ter dado continuidade ao trabalho” (17)

“primeiro seria preciso acreditar na opinião da população... com a idéia de mais abertura por parte dos gestores para que os profissionais do PSF

possam trabalhar para mudar essa verdade... acho que por ter um contato mais próximo com a população este programa deve ser mais valorizado na região...” (25)

Outra estratégia ressaltada por 9,4% dos entrevistados seria a adoção de práticas que visem conscientizar a população de seus direitos e deveres como cidadãos:

“Precisamos mostrar também quais são os deveres e direitos da população... muitos têm medo de falar o que pensam, pois não sabem que pode e deve falar, e se falassem poderiam ajudar muito a nossa cidade a melhorar... isso sim que é ser cidadão” (29).

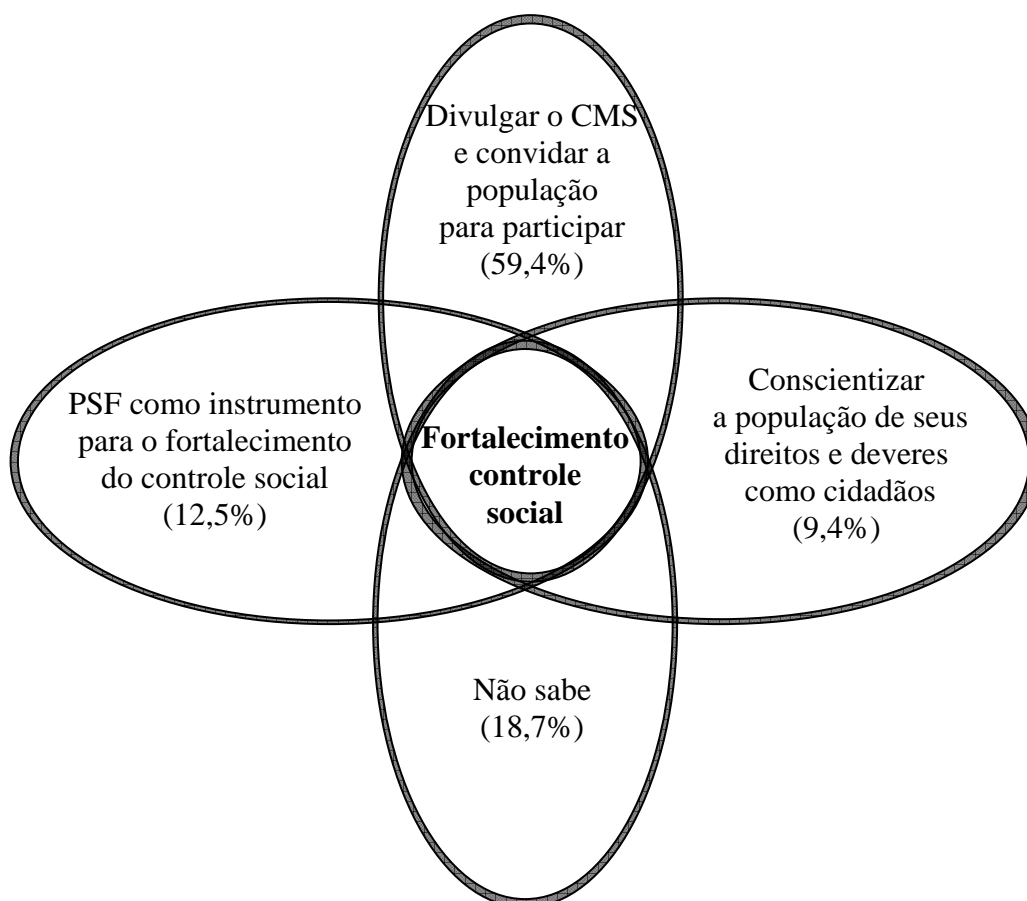


Figura 1 – Núcleos de sentidos apresentados a partir das representações sociais dos conselheiros, sobre as estratégias mais adequadas para o fortalecimento do controle social no município de Teixeira-MG (2006).

Considerações e debates finais sobre a realidade retratada no estudo

Os resultados do nosso estudo informam que no município estudado, a possibilidade de uma gestão participativa no SUS, não se consolidou como uma

prática efetiva de gestão da coisa pública. O que se verificou na verdade, é um grande desconhecimento das diretrizes que regem a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil, levando a uma forte influência dos gestores locais na dinâmica de funcionamento do CMS, principalmente em relação à determinação de seus membros, período de realização das plenárias e a pauta das mesmas. Esses fatores, de fora geral, podem ser identificados como causa e consequência da inviabilidade do conselho enquanto espaço concreto para que os usuários se apropriem da forma institucional e política deste, e principalmente da possibilidade de interferir, discutir e deliberar sobre as questões de saúde do município; sendo os CMS, legalmente considerados como um dos mais importantes mecanismos para o exercício da democracia no contexto da saúde.

Apesar dos conselhos serem identificados, legalmente, como um instrumento privilegiado para se fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público, diversos estudos sobre conselhos de saúde no Brasil, têm demonstrado que em consonância com a realidade estudada, em muitos municípios, as diretrizes essenciais para a garantia da atuação destes como um espaço para o exercício concreto do controle social em saúde, não são respeitadas. A literatura sobre o tema identifica que um dos problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados são as questões relativas à composição, à representação e à representatividade dos conselheiros. Em diversos municípios nota-se que além do não cumprimento do princípio da paridade, os critérios de escolha dos representantes são muitas vezes obscuros e influenciados fortemente por ingerências políticas, principalmente na determinação daqueles que representam os interesses dos usuários e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns (Labra, 2002; Wendhausen & Caponi, 2002; Labra, 2005; Guizardi et.al. 2005; Gershman, 2004; Guizardi & Pinheiro, 2006; Morita et.al. 2006). No caso do município estudado, além do princípio da paridade não ser respeitado, não observamos de fato a existência no conselho de membros que realmente sejam representantes do interesse da população usuária do sistema sanitário, uma vez que todos os conselheiros entrevistados foram indicados pelo gestor local e, além disso, muitos apresentavam algum tipo de ligação política ou empregatícia com o mesmo.

Esta grande influência das forças políticas locais pode ser identificada como um fator de impedimento do processo de modernização da sociedade e de superação das formas mais arcaicas de poder. O que se observa no município estudado também

ocorre e vários locais do Brasil, onde temos uma convivência pacífica entre as forças patrimoniais, clientelistas (herdadas do colonialismo) e burocráticas, que, já cristalizadas na sociedade, geram uma grande resistência às possibilidades de superação e de mudança da realidade política; impedindo desta forma, a instalação de novos modelos e estruturas que visem o fortalecimento da sociedade civil e a construção de uma realidade democrática (Cotta et al., 1998; Nunes, 2003; Cotta et al., 2006). Segundo Fleury (2006), o pouco comprometimento das elites políticas brasileiras com a democracia e o desencanto da população com a possibilidade concreta de efetivação democrática, podem acarretar numa situação de preservação e continuísmo deste tipo de regime autoritário.

Assim, em vez de superar estas forças arcaicas de interesses políticos, o que temos é a criação de um aparato político administrativo paralelo, que funciona de maneira incompleta e restrita (Kruger, 2000). Como identificamos, o CMS estudado não exerce a função preconizada pela legislação, podendo ser visto apenas como uma exigência legal para referendar as decisões pré-definidas por poucos atores detentores do poder político local. Essa ausência de pluralidade na tomada de decisão transforma o conselho num espaço vazio do seu sentido existencial, que seria a acomodação das diferenças num espaço em que as decisões são tomadas mediadas pelo princípio da igualdade e possibilitadas pelo processo de diálogo (Pinheiro & Jorge, 2006).

Um fato preocupante é que além da falta de pluralidade entre os membros, observamos que muitos atores entrevistados não tinham consciência da necessidade e da importância de sua atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde locais. Entendemos que o exercício das funções do conselho de saúde, demanda dos cidadãos uma crescente capacidade de atuar politicamente, promovendo negociações e acordos, resolvendo conflitos, fiscalizando e estabelecendo prioridades no campo da saúde. Assim, o desconhecimento e a falta de envolvimento dos conselheiros no processo de gestão em saúde permitem aos detentores do poder político local, exercerem, cada vez mais, um maior controle sobre o funcionamento do conselho como um todo, definindo quem o deve compor, qual a periodicidade das reuniões, qual a agenda do conselho, dentre outras questões. Reforçando mais uma vez, a visão dos conselhos como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor local, atendendo muito mais a uma formalidade legal do sistema, do que atuando como um instrumento que possibilita

alterar as relações de poder entre a sociedade e o Estado (Cotta et.al, 1998; Kruger, 2000; Oliveira, 2004).

Neste sentido, segundo Carvalho (1995): *“os conselhos de saúde não precisam de mais normas, mais poder legal, ou mais institucionalidade, mas sim de mais política, de mais vocalização, mais visibilidade”*, e acrescentamos que é necessário que existam cidadãos realmente cientes de seus direitos e deveres no processo de construção do SUS, isso é, com consciência crítica para ocuparem um papel que lhes são dado por direito; bem como, a existência de um Estado aberto para experimentar e validar a eficiência deste processo democrático de co-gestão do sistema sanitário.

A construção da cidadania implica na criação de normas, consensos e valores compartilhados tanto pelas elites políticas, quanto pelos demais membros da sociedade (Fleury, 2006). Além desses fatores, para a existência da verdadeira participação popular, se faz necessário a presença ativa e curiosa de sujeitos na construção, admiração e re-admiração do mundo, isto é, de um mundo que não seja estranho a eles, desta forma, teremos homens verdadeiramente responsáveis pelo próprio destino e capazes de problematizar o mundo em que vive (Oliveira, 2004, Freire, 2005).

Entretanto, refletindo sobre a realidade brasileira, não se pode esquecer da exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população, em relação ao mercado, bens públicos e recursos coletivos de poder. Observa-se que, apesar do avanço legal para a fundamentação dos direitos sociais no Brasil, ainda temos sua negação para a maioria da população, que vive numa situação matizada pela “doação” de cidadania pelo Estado, da forma que este estipula o que melhor lhe convém. De acordo com Marilena Chauí (1986), a cidadania no Brasil tem sido historicamente *“...uma concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais, podendo ser-lhes retirada quando os dominantes assim o decidirem”*. Na realidade estudada, observamos que o desconhecimento do governo local sobre os princípios da participação popular em saúde, acabou por impedir o compartilhamento do poder decisório no espaço do conselho de saúde com os demais membros da sociedade, não reconhecendo assim a legitimidade desta instituição.

A “partilha de poder”, pode ser considerada como um dos principais conflitos existentes no processo de funcionamento dos conselhos, uma vez que por estar em jogo, diferentes concepções e projetos políticos, o poder executivo cria estratégia para evitar discutir algumas questões neste espaço de deliberação, evitando assim o

envolvimento da sociedade civil na participação efetiva das decisões (Greshman,2004). Labra (2002) sugere a necessidade de se repensar o processo democrático como um todo, necessitando de transformações não só nas regras do jogo, destinadas a assegurar a representação e a participação política dos cidadãos; mas também, destaca a necessidade se reformar a lógica política para sustentar este processo democrático, de modo que, os conselhos de saúde, que já foram outrora regulamentados legalmente, sejam realmente reconhecidos pelas elites políticas, como espaços para interferirem efetivamente na transformação do sistema sanitário.

Outro aspecto importante de ser salientado é a necessidade da transformação da população, sendo imprescindível, a criação e a cristalização de uma identidade entre os cidadãos, para que estes se reconheçam como pertencentes à sociedade, passando a se preocupar mais com as questões públicas e não apenas com questões individuais; entendendo, que a negociação e o uso conveniente da força da palavra, são mais adequados que a violência e que a imposição. Possibilitando assim, que todos tenham uma vida digna de ser vivida, onde participem ativamente da gestão de suas cidades, deliberando conjuntamente com os demais membros da comunidade, num processo solidário, sobre o que é justo e o injusto, vislumbrando a construção de uma sociedade mais justa, que permita aos cidadãos desenvolverem suas qualidades e adquirirem virtudes (Cortina, 1999).

Como forma de síntese, vale destacar que para criação desse modelo de democracia sustentável, é preciso reforçar nos indivíduos o sentido de pertencimento à comunidade; onde estes, se identifiquem como cidadãos e se sintam motivados a trabalhar para a melhoria das condições de vida de toda a população (Freire, 2005). Desde esta perspectiva, destaca-se a importância estratégica de um conceito essencial para a promoção da saúde, que é o empoderamento (*empowerment*), definido como o processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (WHO, 1998), ampliando as possibilidades de controle, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência (Sen, 2001), o qual está em íntima interseção com a idéia de libertação trabalhada por Paulo Freire, onde os homens devem ser protagonistas de sua própria história, atuando numa postura consciente e crítica de seus problemas, vislumbrando a transformação de sua realidade, libertando-se dessa situação de exclusão por meio da educação (Freire, 2003, 2004).

A possibilidade de empoderamento/libertação da população permite uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade,

redimensionando a questão da participação, que passa a ser entendida como pré-requisito institucional e político para a definição da “saúde que queremos”, e não é apenas uma circunstância desejável, mas, uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas (Buss, 2000).

Por fim, vale ressaltar, que os limites para o processo de participação não se dão apenas por falta de infra-estrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, assim como a falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida; e que para a mudança dessa realidade é essencial a acumulação de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o Estado que reforcem condutas de confiança recíproca, visando a construção de um bem verdadeiramente comum.

O desenvolvimento de práticas democráticas efetivas na sociedade é de extrema importância para o fortalecimento do controle social; uma vez que a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, tampouco, uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas, outro sim, uma mentalidade e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão. A participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal e só se aprende a participar, participando (Bordenarve, 1983); onde o aprender da democracia se dá diante de sua própria existência (Freire, 2005)

Diante da realidade vivenciada no presente estudo, onde temos a ausência da pluralidade de interesses gerada pelo desconhecimento, desinteresse e ingerências dos gestores locais sobre formação e atividades desempenhadas no CMS, é lícito questionar sobre a verdadeira atuação deste enquanto espaço público democrático. A prática vivida nos questiona sobre o tipo de participação que se dá no CMS estudado. Será que esta ocorre apenas para sucumbir uma exigência legal e não para garantir o direito de inclusão do cidadão no processo decisório em saúde? Ou será, que o desconhecimento, por parte de todos os atores sociais envolvidos nesse contexto, sobre o processo de participação social em saúde, foi responsável por essa realidade?

Uma das possibilidades para a mudança dessa realidade seria a realização de capacitações dos conselheiros, onde a educação neste contexto é compreendida como uma prática para o empoderamento e libertação dos mesmos. Tendo claro, que este é um processo contínuo e participativo. Essa ação vislumbraria, além do repasse de informações essenciais sobre as leis que regem o SUS e os conteúdos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições; a

consolidação e compreensão de que a participação popular é um processo que se constrói, diante da magnitude de criação de uma nova cultura política democrática, em oposição à cultura de “exclusão” criada historicamente pelas elites dominantes em todo o país. Levando o homem a uma nova postura diante de seus problemas, de seu tempo e seu espaço, onde mesmo é convidado a debater e analisar seus problemas, onde o próprio se torne protagonista da construção de sua história (Freire, 2005). Destaca-se, entretanto que é primordial promover essa mudança de atitude, não apenas nos membros do conselho, mas nos usuários, gestores e profissionais de saúde, em suma, é necessário a existência de estratégias que visem o empoderamento e a libertação de todos os atores sociais interligados no processo de construção e consolidação do SUS.

Referência Bibliográficas:

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977.

Bordenave JED. *O Que é Participação?* São Paulo: Brasiliense; 1983.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.

Brasil. Lei nº 8142, 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.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000, 5(1): 163-177.

Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

Chauí, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1986. 180p.

Correia MVC. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

Cortina A. *Ciudadanos del mundo – Hacia una teoria de la ciudadanía*. Madrid – Espanha. Alianza Editorial, 1999. 264p.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real*. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família:

um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15 (3supp): 7 – 18.

Figueiredo JESA. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro*. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20 (6): 1670-1681.

Guizardi FL, Pinheiro R, Machado FRS. Vozes da Participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.225-238.

Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* Set 2006, 11, 3: 797-805.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Dados Populacionais - 2007*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 20 de maio de 2007.

Kruger, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas-IPEA*, n. 22, p. 119-144, 2000.

Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. Um círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública* 2002. 18:47-55,

Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Elder FC. *Saúde e Democracia*. Ed. Fiocruz. 2005. p.353-384.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999

Minayo MCS *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 1994.

Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos*. Ed. FIOCRUZ, 2005.

Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6,2:445-450.

Nunes E. *A Gramática da Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar ed., 2003.

Oliveira VC. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade* maio-ago 2004; 13,2:56-69.

Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>.

Richardson RJ, et al. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo:Editora Atlas;1999.

Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2001.

Spink MJP. The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.

Van Stralen CJ, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisario SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. Saúde coletiva*, Set 2006, 11,3:621-632.

Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, nov-dez 2002; 18(6):1621-1628.

World Health Organization. *Glossary of health promotion terms*. Geneva: World Health Organization/ Division of Health Promotion, Education and Communication / Health Education and Health Promotion Unit; 1998.

ARTIGO ORIGINAL II:

De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa de Saúde da Família

Resumo

Para fortalecer o controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivar a participação da população na tomada de decisão, se faz necessário a presença de usuários com consciência e conhecimento suficientes para avaliar e intervir no funcionamento do sistema. Desde esta perspectiva, este trabalho pretende analisar a representação social dos usuários sobre o SUS e o Programa de Saúde da Família (PSF), apresentando dados obtidos por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, utilizando o referencial teórico da pesquisa qualitativa em saúde. Os resultados mostram uma representação social dos usuários referente ao SUS e ao PSF marcada por uma visão focalizada e assistencialista, apontando para a concentração de recursos públicos em segmentos mais pobres da sociedade, e também uma visão centrada no modelo de atenção biomédico. Vale ressaltar, que o PSF, todavia, não conseguiu alcançar seus objetivos de proporcionar mudanças na práxis em saúde; ou seja, indo além da mera assistência à saúde, em um movimento de estímulo ao empoderamento/libertação da população atendida. Em relação ao controle social, observa-se que apenas 5,9% dos entrevistados conhecem o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e sabem seu significado mesmo que de forma incompleta. Entretanto, após a informação do papel do CMS no SUS, 89,7% dos usuários, consideravam importante a participação da população neste espaço, sendo que apenas 53,7% informaram ter interesse em participar de suas reuniões. Os dados apresentados mostram um grande desconhecimento da população estudada sobre seu sistema sanitário e seus direitos sociais conquistados pela Constituição de 1988, sendo que para muitos o SUS ainda é visto como um “plano de saúde para os pobres”. Diante da realidade vivenciada, ressalta-se a necessidade da implementação de estratégias para o alcance de maior empoderamento/libertação da população, visando construir possibilidades efetivas para que seus atores sejam participantes ativos do processo de construção de um projeto comum, realmente fundamentado nos ideais democráticos do SUS, sendo o PSF estrategicamente importante na transformação destas ações.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado como o principal resultado do *Movimento da Reforma Sanitária*, o qual representou uma grande luta pela democratização da saúde no Brasil, sendo considerado um importante movimento nacional de reivindicações por mudanças radicais no caótico, ineficiente e insuficiente sistema sanitário existente (Labra & Figueiredo, 2002). De fato,

buscava-se a ampliação da organização popular com a emergência de novos atores sociais, produzindo o incremento das demandas sociais sobre o Estado e, desencadeando um forte movimento pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal do ser humano (Brasil, 2002).

É neste contexto político, cultural e social que ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representando um marco na história da saúde do Brasil. Nesta conferência, estavam reunidos pela primeira vez, uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, que conjuntamente definiram os princípios sobre os quais o SUS deveria ser institucionalizado, servindo de subsídio para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 (Cotta et al, 1998).

Desta forma, a criação do SUS abre perspectivas para apoiar ações no domínio social, ou ações na esfera pública que possam remeter à questão social. Prevendo a participação popular na gestão pública, seja ou não por via institucional, prevalecendo, assim, a vontade da população sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo (Labra, 2005).

Entretanto, para que isto aconteça, é necessário a existência de espaços que possibilitem o empoderamento/libertação⁵ dos cidadãos no sentido de ampliar a inclusão social. Diante desta realidade, o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a reestruturação do sistema sanitário brasileiro, deve trabalhar para construir possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto assistencial comum; se comprometendo com a produção de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários, criando espaços e práticas democráticas na práxis da atenção sanitária (Cotta et al, 2006; Brasil, 2007).

Nas Equipes de Saúde da Família (ESF), a proximidade e vínculo estabelecido entre os profissionais e a comunidade, faz com que o PSF seja capaz de conhecer a realidade sanitária e traduzi-la para uma linguagem acessível à sua comunidade, possibilitando assim a construção de metas e pactos visando a melhoria na qualidade de vida da população. Nesta realidade, a participação da comunidade é

⁵ O empoderamento (*empowerment*) pode ser entendido como a ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência, de acordo com a concepção do economista indiano Amartya Kumar Sen (Sen, 2001, 2002). Por outro lado, pode-se afirmar que o conceito de libertação do pensador brasileiro Paulo Freire (Freire, 2003, 2004), refere-se ao mesmo fenômeno expresso na palavra empoderamento, constituindo, segundo Garrafa (2005), pode se constituir em uma excelente alternativa para a redução dos aspectos de inclusão social e resgate da cidadania, a uma mera questão de poder. Em decorrência disto neste estudo, utilizar-se-á o binômio *empoderamento/libertação* como forma de ampliar o entendimento de empoderar-se.

extremamente importante, pois permite aos cidadãos exercerem um papel ativo sobre a organização do sistema local de saúde (Oliveira & Gusmão, 2004). De fato, o PSF deve ser entendido no contexto da participação social, através da lógica da vigilância à saúde, representada pela concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida e no usuário (Mendes, 2006) através do modelo usuário-centrado, que coloca o cidadão no centro da atenção e do cuidado em saúde (Ayres, 2004).

Entende-se que para o efetivo fortalecimento do controle social no âmbito do SUS e incentivo à participação comunitária é necessário a concepção de um usuário do sistema de saúde empoderado e liberto, com motivação e com competência para avaliar e transformar a realidade vivida no seu próprio sistema sanitário e, que para a viabilização deste compromisso é necessário a criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde (Cotta et al., 2006). Diante desta realidade, a participação popular e o conhecimento da comunidade sobre o sistema, se fazem de extrema importância, devido ao fato de que só é possível avançar na qualidade dos serviços e ações de saúde com a participação efetiva da população, na medida em que seus atores se tornem capazes de apontar os problemas e as soluções relativas às suas reais necessidades (Andrade & Vaitsman, 2002; Guizardi & Pinheiro, 2006). Neste contexto, destaca-se a importância de se compreender quais são as representações sociais dos usuários sobre o SUS e sobre o PSF.

Segundo Moscovici, as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto. Podendo ser definidas como senso comum, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade (Minayo, 1994; Moscovici, 2003). Por sua vez, a definição clássica de representações sociais: “são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos”. Estas são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação, onde o sujeito é responsável pela construção da realidade enquanto um sujeito social, desta forma, as representações são sempre construções contextualizadas (Spink, 1993).

Com a intenção de aprofundar e enriquecer o debate sobre a temática do processo de construção do SUS e o envolvimento dos usuários no mesmo, este artigo tem como objetivo analisar as representações sociais do SUS e do PSF, pelos atores usuários efetivos deste sistema sanitário. Esta análise possibilitará a compreensão de como tais representações são produzidas, atualizadas ou transformadas e,

conseqüentemente, como podem contribuir para o planejamento de ações que possibilitem o desenvolvimento de estratégias de empoderamento/libertação da população e a transformação destes importantes atores sociais no processo de formulação de políticas de saúde no âmbito municipal.

Sujeitos e Métodos

Este estudo situa-se no campo da pesquisa social e utiliza, primordialmente, o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às reações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Tem-se então uma abordagem que aprofunda o caráter do social e as dificuldades do conhecimento parcial e inacabado (Minayo, 1994, 2005).

Ao assumir como hipótese norteadora deste trabalho, que a consciência social de que a concretização do direito à saúde, só se dá pela construção da cidadania, pelo conseqüente empoderamento/libertação da população usuária do sistema e, pela criação de espaços públicos que permitam tais ações. Direcionou-se a investigação para uma abordagem social qualitativa e quantitativa, possibilitando assim, medir os processos e, ao mesmo tempo, compreender e interpretar como os atores se entrelaçam em seu contexto social. Esta estratégia metodológica é conhecida como Triangulação de Métodos, onde os investigadores trabalham com a dialética de contrários, exercendo o diálogo teórico e prático (Minayo, 2005).

Esta estratégia foi utilizada para a análise das representações sociais dos atores entrevistados sobre o SUS e PSF, na tentativa de absorver a representação particular desse processo de construção social a respeito de um sistema sanitário socialmente valorizado de acordo com a posição da sociedade e seus interesses específicos; trazendo à tona a emoção, o entendimento e o sentimento que os sujeitos sociais dão á sua realidade.

Descrição do universo estudado

A pesquisa foi realizada no período de abril a setembro de 2006, no município de Teixeira, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais. Este município

apresentou no ano de 2000, uma população residente de 11.149 habitantes, sendo considerado dessa forma como um município de pequeno porte, segundo os parâmetros classificatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo dados do mesmo Censo, a maioria dos municípios brasileiros (90,47%), isto é, 4.982 municípios são considerados de pequeno porte, cuja população é de até 50.000 habitantes (IBGE, 2007).

No que se refere às condições socioeconômicas, observa-se que a taxa de analfabetismo deste município é de aproximadamente 4% na população com 18 a 24 anos e de 17% na população adulta com mais de 25 anos no ano de 2000 (PNUD/IPEA/FJP, 2000), destaca-se que internacionalmente níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis (RISPA, 2002).

As principais atividades econômicas do município são: agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal. A renda per capita média é de R\$171,89 (cento e setenta e um reais e oitenta e nove centavos), sendo que o número de pessoas que vivem a baixo da linha da pobreza, neste caso definida como pessoas que vivem com renda per capita domiciliar inferior a R\$75,50 (setenta e cinco reais e cinquenta centavos) o equivalente a meio salário mínimo vigente no período de 2000 é de 46,1% (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Em relação à cobertura do PSF, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, este programa abrange 94,82% da população do município de Teixeira, sendo que funcionam no município ao todo, quatro equipes de PSF (Brasil, 2007).

Diante destes dados, acredita-se que a realidade estudada possa ser extrapolada para muitos municípios brasileiros que apresentam características socioeconômicas e demográficas semelhantes ao universo estudado. Desta forma, espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o trabalho de diversos profissionais, gestores e pesquisadores que lidam com cotidiano do SUS em todo país.

Atores sociais estudados

Dada à dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra (Becker, 1999), uma vez que os usuários do PSF nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se por entrevistar os usuários que freqüentam as atividades desenvolvidas pelo Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA). Acredita-se que estes, por serem usuários efetivos

do PSF (longitudinalidade da atenção⁶), estão mais capacitados para avaliar de forma mais expressiva a realidade das ações desenvolvidas. Da mesma forma, espera-se que estes usuários apresentem um conhecimento impar sobre o SUS e o PSF, uma vez que estes freqüentam a unidade de saúde no mínimo duas vezes ao ano, isto é, são agendadas consultas no mínimo, de seis em seis meses, além da possibilidade de estarem participando de atividades educativas desenvolvidas pela equipe (Brasil, 2001).

Neste sentido, o grupo em estudo foi formado de 136 usuários das unidades de saúde da família (USF) do município (11% dos cadastrados no HIPERDIA e que realizavam acompanhamento nas quatro USF), selecionados de forma aleatória durante os atendimentos e atividades realizadas na USFs.

Coleta e Análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, que foram gravadas, facilitando assim a análise posterior. A condução das entrevistas se deu com a utilização de um roteiro com perguntas previamente formuladas. Entretanto, durante o processo interativo de campo, determinados temas não previstos acabaram sendo incorporados ao estudo devido sua alta significância em relação aos sujeitos estudados, uma vez que na abordagem qualitativa não se quantificam resposta e sim, busca-se apreender as percepções de mundo — no caso as representações sociais — dos entrevistados. Desta forma, a unidade de significação se constrói por significados que conformam uma lógica existente no próprio grupo ou mesmo, suas múltiplas lógicas existentes (Minayo, 1994, 2005).

O método adotado para compreensão dos dados fornecidos pelas entrevistas foi a *análise de conteúdo*, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem o grupo estudado e cuja presença ou freqüência de aparição, pode ser relevante segundo o objetivo do estudo (Bardin, 1977). Pode-se afirmar que, de acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo é a técnica de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de

⁶ Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde; característica que é uma parte crucial da atenção primária. Ter ação longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam a unidade básica de saúde - PSF, como “sua”; que a equipe multiprofissional, reconhece, pelo menos implicitamente a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido (Starfield, 2004).

descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Destacamos que na apresentação das falas transcritas foi respeitada a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados. Objetivando preservar a identidade dos entrevistados foram colocados no final das falas os números dos questionários.

Respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (aprovado Of.Ref.Nº 010/2006 de 27/03/2006) e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que continha informações sobre o estudo.

Resultados

Perfil socioeconômico dos usuários

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados visando descrever o perfil socioeconômico do grupo estudado. Dos 136 entrevistados a idade variou entre 28 e 85, sendo que a idade média encontrada foi de 60 anos ($\pm 10,59$) e, 53,7% do total apresentavam 60 anos ou mais. Houve predomínio do sexo feminino (77,9%). Destaca-se que 42,6% dos atores entrevistados não tinham renda fixa, 44,9% eram aposentados ou pensionistas e apenas 12,5% tinham emprego formal. A renda familiar mediana foi de R\$ 450,00 (mínimo R\$100,00 e máximo R\$3.500,00), sendo que 54,4% dos entrevistados apresentaram renda per capita inferior ou igual a 1/2 salário mínimo, considerados assim como situadas abaixo da linha da pobreza (PNUD/IPEA/FJP, 2000). As profissões que mais se destacaram foram: donas de casa (45%) e trabalhadores rurais (32,4%). Quanto à escolaridade, 86% dos entrevistados tinham quatro anos ou menos de estudo.

Representações sociais dos usuários sobre o Sistema Único de Saúde

Na Figura 1 podem ser observadas as representações sociais dos usuários entrevistados sobre o SUS; deve-se pontuar, entretanto, 4,7% destes não sabiam

descrever de forma espontânea o que significava para ele o SUS. Diante da realidade encontrada no universo em estudo, tem-se que as diferentes noções e representações sociais sobre o SUS compõem um espaço global, em que co-existem quatro subespaços que representam as principais características discursivas dos usuários. Nestes subespaços se produziram e condensaram diferentes noções parciais sobre o SUS.

No *eixo y*, apresenta-se na parte superior visões positivas sobre o SUS e na parte inferior visões negativas. Nota-se que boa parte dos discursos (48,5%) tiveram conotações positivas em relação ao SUS, como por exemplo, o fato de receber atendimentos gratuitos; ressaltando, que apenas 9,6% de todos os atores entrevistados tinham a concepção do SUS como um sistema de saúde universal. Entre os entrevistados que apresentavam visões negativas do SUS, destaca-se o predomínio de representações deste como um “plano de saúde para pobres”.

No *eixo x* apresentam-se percepções sobre focalização e universalização⁷ do SUS. Observa-se então, que o olhar do usuário sobre o SUS ainda é bastante centrado na focalização, principalmente no que se refere à realização de procedimentos assistenciais, como consultas e ao fato do SUS ser representado como um “plano de saúde para os pobres”. Abaixo serão descritas algumas falas que ilustram a representação por parte dos entrevistados de um SUS focalizado:

“eu sou pobre, não tenho posses, isso pra mim é uma dádiva de Deus, eu venho aqui e sou muito bem atendido, faço minhas consultas, pode até demorar um pouco às vezes, mas é bom demais, afinal de contas eu não pago nada...”(51)

“é uma coisa boa demais para os pobres fazerem consultas e receberem remédios”(20)

Dos entrevistados, 14,7% não sabiam definir/informar o que vem a ser o SUS. Um aspecto importante a ser ressaltado no estudo é que apesar de todos os entrevistados serem usuários das USFs do município, 23,5% afirmaram que não utilizavam o SUS, o que traduz também o desconhecimento sobre o sistema sanitário.

⁷ A focalização deve ser entendida como uma estratégia utilizada para fazer frente às restrições monetárias e fiscais impostas pela nova ordem econômica global. Traduzida na área social pela formulação de políticas orientadas pela focalização dos gastos aos segmentos mais pobres da sociedade, caracterizando-se como “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (Cohn, 2005; Paim, 2001). A universalização representa a possibilidade de ampliação do direito de cidadania para toda a população, independente de sua situação ocupacional e o atendimento integral das ações de saúde tanto preventiva como curativas (Cotta et al., 1998).

Em relação à qualidade 71,3% dos entrevistados consideram o SUS como ótimo ou bom, destacando que a grande maioria destes entrevistados (92%) representava o SUS como um local de atendimento e/ou um “plano de saúde para os pobres”.

Representações sociais dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família.

O PSF é a estratégia de reorganização do SUS podendo representar um importante instrumento para a mudança da práxis em saúde visando o empoderamento/libertação da população. Neste sentido, um dos objetivos deste estudo foi analisar as representações dos usuários entrevistados em relação ao PSF.

As representações do PSF foram semelhantes à do SUS, onde o PSF para 64% dos entrevistados foi representado como um local para a realização de consultas, controle e continuidade do tratamento, conceitos ainda muito centrados no modelo biomédico da assistência (Quadro 1). A seguir são apresentadas algumas falas dos usuários que ilustram a situação descrita:

“Para mim o PSF é como se fosse um hospital onde fazemos as consultas, deixando o antigo hospital só para as emergências” (8)

“... o agente passa lá em casa e pergunta se eu preciso de consulta... ele me entrega o papel e eu posso vir aqui no dia certo e saber que vou ser atendido, sem fila e sem demora...” (32)

“nossa aqui é o lugar onde consegui controlar minha pressão e a glicose, antes eu esperava passar mal para ir no hospital, agora se não venho a uma consulta o agente de saúde vai lá em casa e cuida de mim. Ai venho de 3 em 3 meses, porque aprendi que assim é melhor pra minha saúde”(49)

Um ponto curioso a se destacar, é o fato de 1,5% dos entrevistados associarem o PSF aos partidos políticos: “ eu não gosto de me meter em política, você sabe como é cidade pequena, esse negócio de PFL e PT só dá confusão, nem consigo entender isso...” (88) onde o entrevistado confunde a sigla do PSF, com a do Partido da Frente Liberal (PFL).

Nota-se que 16,8% dos usuários identificam a importância do PSF no processo de reestruturação do sistema sanitário brasileiro, onde esta estratégia passa a representar a porta de entrada do sistema sanitário e uma mudança na práxis em saúde, fortalecendo o vínculo entre a população e a equipe; privilegiando ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças, representando um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e em suas necessidades, conforme pode ser identificado nas falas que destacamos a seguir:

“É uma equipe multiprofissional que atua para a melhoria da saúde da população, funciona em função da população, aqui ele conseguiu reduzir a mortalidade e levar informação à população, mas ainda tem muita gente que não se envolve, mas os profissionais do PSF não desistem.” (65)

“é o programa que trouxe maior acesso da população aos serviços de saúde, também trouxe mais informação, maior cuidado com a saúde e até diversão para o povo, você sabe que aqui temos o forró da terceira idade? Nossa mas como isso é bom, vamos lá, dançamos, medimos a pressão e nos divertimos” (3)

“é como se fosse uma família que cuida da nossa saúde, aqui eu me sinto muito a vontade, sei que todo mundo me conhece e se preocupa comigo...” (33)

Espera-se que o PSF funcione como um instrumento para o empoderamento/libertação dos usuários, transformando-os em sujeitos sociais ativos no processo de construção de um projeto assistencial comum. Tendo como referência esta perspectiva, perguntamos aos entrevistados se eles identificavam no PSF algum mecanismo que o estimulasse a participar (como usuário) das ações, atividades e serviços de saúde oferecidos à sua família e à comunidade onde vive, favorecendo assim o controle (como sujeito) sobre as ações e decisões que afetam à sua saúde.

Os resultados demonstram que 86,8% dos entrevistados acreditam que o PSF estimula sua participação nas atividades desenvolvidas. Entretanto, a grande maioria justifica que a maior participação nas atividades do programa, está ligada apenas ao fato do agendamento prévio das consultas pelos ACS, facilitando assim seu acesso aos atendimentos prestados pelos médicos das equipes. Destacamos que nenhum entrevistado mencionou a possibilidade de participar como um ator ativo na formulação de políticas e ações de saúde ligadas à comunidade onde vive. Já em relação à ampliação do controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, 72,8% dos usuários afirmam terem se tornado sujeitos mais ativos em relação à sua saúde. Todos informaram que mudaram sua conduta individual e passaram a controlar a dieta, os medicamentos, praticar atividade física e freqüentar mais as consultas, o que pode ser visualizado por meio das falas destacadas a seguir:

“agora com o PSF é mais fácil de participar, eles marcam as consultas, eu nem preciso mais vir pegar ficha aqui” (11).

“agora venho ao médico quando estou passando mal, antes eu só ia para o Hospital quando a coisa apertava. (125)

“aqui eu recebo mais atenção e assim eu penso em vir mais aqui consultar, em tomar os remédios na hora certa” (20)

“Com o Doutor eu aprendi a controlar aquelas coisas que podem atrapalhar minha saúde, antes eu nem pensava nisso... eu tomo remédio, faço caminhada e mudei um pouco a alimentação.” (48)

Não obstante, os dados de nosso estudo apontam para o fato do PSF favorecer apenas ao empoderamento individual dos usuários, onde os mesmos relatam mudanças em atitudes pessoais que poderiam causar danos à sua saúde. Vale ressaltar, que questões relacionadas à libertação dos cidadãos visando sua inclusão social como descrito por Paulo Freire e Amartya Kumar Sen — compreendendo o empoderamento/libertação como a ampliação das possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência, constituindo em uma excelente alternativa para a redução dos aspectos de inclusão social e resgate da cidadania — não apareceu nos relatos dos entrevistados.

Conselhos Municipais de Saúde: o desconhecimento da população desse espaço institucionalizado para o exercício do controle social.

No contexto da participação do usuário no SUS, os conselhos e as conferências de saúde são considerados como os espaços legalmente instituídos para tal fim. Dentre os entrevistados, apenas 5,9% tinham conhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e sabiam o seu significado, mesmo que de forma incompleta, como pode ser observado nos relatos a seguir:

“reunião de pessoas independentes para discutir questões de saúde, infelizmente entram questões políticas no meio”(75)

“local para reivindicar as coisas que a saúde precisa”(10)

“é o povo unido para mudar a saúde”(133)

Quando os entrevistados respondiam não ter conhecimento sobre a função do CMS, esclarecemos a estes sobre o papel do conselho e, perguntávamos se estes teriam vontade de participar das reuniões. Como resultado teve-se que 53,7% dos usuários entrevistados afirmaram que gostariam de participar e 17,6% disseram que talvez participassem das reuniões do mesmo, sendo que a falta de tempo foi o principal obstáculo para a participação.

De toda forma, 89,7% dos usuários julgavam importante a participação da população na tomada de decisões sobre as ações de saúde do município. Destes, 54,9% acreditavam que as reuniões do CMS poderiam representar uma boa oportunidade para que a população conhecesse mais sobre o funcionamento do setor saúde no município; 24,9% acreditavam que o povo seria capaz de auxiliar o gestor municipal na tomada de decisão em saúde; 15,9% acham que o povo é o principal interessado e realmente deve participar das reuniões; e 4,4% acreditavam que realmente seria importante a participação da população nestas reuniões, entretanto, não acreditam na possibilidade concreta dos políticos permitirem a participação da população, conforme pode ser observado nas falas destacadas a seguir:

“Todos devem ir para saber o que acontece na cidade” (110).

“O povo precisa saber que existe esse tal de conselho.... lá é um lugar que todos podem ver o que está acontecendo no município e ajudar a encontrar saída para os problemas” (65).

“Porque é de interesse de todos nós, temos que lutar pelos nossos benefícios e direitos” (33).

“O povo deve participar, este é um princípio da democracia, infelizmente no Brasil não temos uma verdadeira democracia, pois os políticos nos são impostos e não existe espaços para participar, na verdade eles não querem que o povo participe, preferem que continuem todos alienados” (75).

“Realmente eu acho isso muito importante, mas também acho difícil de acontecer... Você acredita que os prefeitos vão deixar o povo opinar? Ele tem que ter muita boa vontade... o que eu sei é que a união faz a força” (13).

Discussão

Ao avaliarmos de forma global os dados encontrados, observamos que a representação social dos usuários referente ao SUS encontra-se ainda marcada por uma visão focalizada e assistencialista da atenção à saúde, destacando-se que a

concentração dos recursos públicos apenas para o atendimento dos segmentos mais pobres e excluídos da sociedade. Essa visão pode estar associada ao desconhecimento da sociedade de seu sistema sanitário, uma vez que para muitos, saúde não é vista como um direito do cidadão, retratando assim, a falta de tradição do povo brasileiro no exercício da cidadania (Siqueira-Batista, 2007), deixando de lado a possibilidade de atuar como protagonista na construção e aprimoramento do sistema.

Pode-se identificar essa realidade também na análise dos dados do levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), onde apenas 35% dos cidadãos entrevistados souberam citar, espontaneamente, com precisão, o que significa “SUS”, sendo que mais de 55% admitiram não conhecer o significado. (Brasil, 2003).

De toda forma, apesar da situação encontrada tanto nesse estudo quanto no estudo do CONASS, não se pode deixar de destacar o notório avanço legal representado pela criação do SUS no Brasil, principalmente quando se pensa nos direitos sociais conquistados pela população. Entretanto, é igualmente importante destacar que a instituição desse sistema se deu numa época em que a população ainda carregava as marcas de um contexto autoritário, repressor e de baixa percepção política (Magalhães, 1997; Carvalho, 2001). Assim, o resultado da implantação desta política no Brasil, ainda não foi consagrado por toda a população; uma vez que grande parte dos cidadãos ainda se situa à margem da comunidade política, o que certamente tem implicações em nosso padrão de intervenção pública e participação social.

A visão focalizada do SUS representada pela população usuária entrevistada, é o retrato da prática de implantação do sistema sanitário; onde este foi alvo das tensões provocadas pelas ‘externalidades’ advindas dos ajustes econômicos e políticas neoliberais no Brasil, que geraram tensões e conflitos entre os distintos atores envolvidos na área da saúde (Correia, 2005).

A realidade vivenciada, na implantação do SUS, levou a uma “universalização excludente”, ou seja, juntamente com o acesso aos serviços de saúde a toda a população, independente da sua posição no mercado formal de trabalho — ao menos assim está escrito na lei... —, ocorreu a precarização destes serviços, resultando na exclusão das camadas mais bem remuneradas da sociedade para o sistema privado (Faveret Filho & Oliveira, 1990; Cotta et al., 1998; Mendes, 2006).

De forma mais ampla, o que ocorreu no Brasil foi a combinação entre focalização e universalização, configurando perigosamente, a focalização como uma estratégia de implantação da universalização. Assim, na década de 90 é formulado e implantado o PSF, enquanto uma estratégia para a mudança na própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no país. Uma vez que, a priorização da atenção básica é recomendada para os países com níveis elevados de pobreza e desigualdade de distribuição de renda, como o caso do Brasil, na perspectiva de garantir níveis mínimos de atendimento de serviços básicos (Almeida, 2003). Desta forma, o PSF oriundo de uma exigência de mercado é transformado em um instrumento para se garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde da população (Conh, 2005), mesmo que num primeiro momento apenas as classes mais excluídas da sociedade tenham um maior contato com esta estratégia.

Neste momento, se faz necessário levantar um grande problema do SUS, que é a necessidade de garantir um mínimo básico, e hierarquizar o sistema, assegurando a atenção integral – de promoção, prevenção e cura. A realidade que se observa é de uma tendência à especialização do SUS em tecnologias de cuidados de baixa complexidade, como as da atenção básica (Bahia, 2001), às quais vem paulatinamente se somando uma rede pública de hospitais de pequeno porte e baixo grau de complexidade. Enquanto, o setor privado, mais dinâmico, passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados (Cotta, et al., 1998; Santos & Gerschman, 2004). Assim, temos um SUS pobre para os pobres e um SUS rico para os ricos e médios-altos.

Diante das representações dos usuários sobre o PSF, observou-se que grande parte dos entrevistados ainda apresenta conotações fortemente centradas no modelo biomédico de atenção, não absorvendo assim a idéia da mudança na práxis em saúde trazida pela implantação do PSF em todo o país. Assim, para eles, o PSF continua a ser o “posto de saúde”. Segundo Merhy (1999), um dos grandes desafios para a mudança do paradigma sanitário, refere-se à possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas e corporativas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde.

Ao assumir a mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo e que visa à promoção da saúde, da ação monosssetorial para a interssetorial e, da exclusão para a universalidade, o PSF pode se tornar um

instrumento chave para o empoderamento/libertação da população, fato este evidenciado ainda de forma incipiente no presente estudo.

Para Bossi e Mercado (2004), faltam à população questões que vão além da necessidade de um diagnóstico do que é direito dos cidadãos em saúde, é preciso que se tenham reivindicações, ou seja, que os usuários acreditem na possibilidade de transformação da realidade vivida. Diante dessa realidade o PSF pode assumir uma função primordial na transformação da sociedade, uma vez que, pode possibilitar aos indivíduos e a coletividade o desenvolvimento de competências para participar da vida em sociedade, incluindo habilidades e pensamentos reflexivos, saindo assim de uma situação de resignação e acomodação em relação à realidade vivida.

Esta questão nos remete à discussão do porque alguns indivíduos acabam por não reivindicarem os seus direitos, desta forma tomamos emprestadas as palavras de Amartya Sen, para descrever a situação de resignação a qual a população pode se encontrar em determinados momentos e seu cotidiano:

“Os fracassados e os oprimidos acabam por perder a coragem de desejar coisas que outros, mais favoravelmente tratados pela sociedade, desejam confiantemente” (Sen, 1990).

Num contexto onde as desigualdades⁸ e privações estão arraigadas as pessoas não continuam lamentosas e pesarosas todo o tempo. Na verdade iniciam um processo de realizar grandes esforços para conseguirem tirar prazer de pequenas dádivas oferecidas a eles, reduzindo assim, seus desejos pessoais a modestas proporções de benefícios que lhes são oferecidos (Sen, 1990).

Não obstante, a inserção de práticas que visem o empoderamento/libertação do cidadão podem vir a reverter essa situação. Para o sucesso desta proposta se faz necessário que o cidadão passe a ser o centro do modelo de prestação de cuidados em saúde, implicando na necessidade de se criar condições para que o cidadão tenha possibilidade de se expressar e transformar a realidade vivida; levando à uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, redimensionando a questão da participação, que passa a ser entendida como pré-requisito institucional e político para a definição da “saúde que queremos”. Esta não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e

⁸ Para Amartya Sen, as pessoas devem ser recompensadas por certas desigualdades nas quotas de recursos que dispõem para levar a cabo planos de vida e realizar o que valorizam. Assim a sociedade deve recompensar seus membros por desigualdades pelas quais não podem ser responsabilizados e que terminam por causar resultados indesejados.

efetividade das políticas públicas de saúde realmente fundamentadas nos princípios doutrinários do SUS (Buss, 2000).

Esta abordagem trabalha a noção de poder como um recurso distribuído de forma desigual na sociedade (Deleuze, 1992; Foucault, 1996) e uma questão geradora de conflito, na qual convivem visões potencialmente criativas e transformadoras com elementos de conservação do *status quo*. Parte do paradigma de que a sociedade é constituída por diferentes grupos de interesse, com níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de empoderamento levem a redistribuição de poder e a inclusão social/libertação (Carvalho, 2004; Freire, 2004).

Assim, é interessante ressaltar a importância do desenvolvimento de práticas democráticas no processo de trabalho em saúde, na medida em que a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, tampouco uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas, outrossim, uma mentalidade e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão. De fato, a participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal e só se aprende a participar, participando (Bordenave, 1983). Os limites para o processo de participação não se dão apenas por falta de infra-estrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, uma cultura cívica, assim como uma falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida. Para que se fomente a participação social é essencial a acumulação de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o Estado que reforcem condutas de confiança recíproca (Crevelim, 2005).

Finalmente, destaca-se o desconhecimento da existência do CMS por parte dos entrevistados. Esta situação já foi descrita na literatura como uma das principais questões que comprometem a atuação dos conselhos. Este desconhecimento é oriundo principalmente da não divulgação das atividades e das iniciativas relacionadas aos programas de saúde ou com os problemas da comunidade. Esta situação leva a um desconhecimento da população, dos objetivos e das funções do conselho, representando como resultado final uma baixa adesão desta nos processos decisórios. Vale ressaltar, que o CMS pode ser uma instituição muito valorizada por aqueles que dele participam, mas desconhecido pelos demais cidadãos (Cotta et al., 1998; Labra, 2005).

Entretanto julgamos necessário entender que a participação social não se resume apenas às ações de compartilhar os espaços dos conselhos e outras instâncias

da esfera pública. Para que se obtenha a participação, é primordial que se desenvolva uma cultura cívica na qual surgem estruturas participativas organizadas autonomamente na sociedade civil, este trabalho na base da sociedade é fundamental para alimentar e fortalecer o controle social (Gonh, 2004). Entendendo que como um processo social, a participação tem que ser gestada e amadurecida, é válido ressaltar a falta de tradição do nosso povo em movimentos sociais e no exercício da cidadania (Siqueira-Batista, 2005).

Ponderações Finais

Diante da realidade vivenciada, tem-se que o SUS ainda é visto de forma focalizada por muitos dos usuários entrevistados e, que esta realidade ainda se distancia do verdadeiro exercício da cidadania, idealizado com a criação desse novo modelo de saúde. Destarte, vale ressaltar a necessidade de que se criem possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto comum, fundamentado nos ideais democráticos do SUS, criando desta forma, espaços de empoderamento/libertação dos usuários.

No campo da saúde pública, a participação popular se faz de extrema importância, devido ao fato de que só é possível alcançar a qualidade nos serviços e ações de saúde com a participação de uma coletividade capaz de apontar os problemas e as soluções relativas às suas demandas, permitindo o avanço na consolidação de um SUS verdadeiramente universal, humanizado e acolhedor, transcendendo a idéia corrente de um sistema focalizado que presta consultas gratuitas à população carente.

Por fim lança-se a seguinte questão: Afinal, de quem é o SUS?

O SUS é de todos, é de cada um dos cidadãos que vivem, nos diferentes municípios brasileiros, afirmativa inscrita na própria história do sistema, na medida em que este nasceu de uma demanda do povo brasileiro por um país mais justo, solidário e eqüitativo, sendo, portanto, a expressão maior de uma política democrática e social; resta, portanto, que cada um ocupe os espaços institucionais de participação, ou como diria João Cabral de Melo Neto, cantado por Chico Buarque, que cada um dos cidadãos brasileiros repense e tome posse da “parte que lhe cabe neste latifúndio”...

Referências Bibliográficas:

Almeida MI. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família, *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 25, no. 2, p. 227-235, 2003

Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002, 7,4: 925-934.

Aristóteles. *Constituição de Atenas*. Tradução de Therezinha M. Deutsch. São Paulo: Nova Cultural, 2000: 233-314p.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Comunicação* set.2003-fev.2004; 8(14):73-92.

Bahia L 2001. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):329-339.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977.

Becker H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 4. ed. São Paulo. Hucitec, 1999. 178p.

Bordenave JED. *O Que é Participação?* São Paulo: Brasiliense; 1983.

Bossi MLM, Mercado FM. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, Vozes, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros>. Acessado em 10 abril de 2007.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 244 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000, 5(1): 163-177.

Carvalho JM. *A Cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(4): 1088-1095.

Cohn, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde In: LIMA, N.T.; GRESCHMAN, S.; ELDER, F.C. *Saúde e Democracia*. Ed. Fiocruz. 2005, 504p

Correia MVC. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real*. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15 (3sup): 7 – 18.

Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 323-331.

Deleuze G. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados- Revista de Ciências Sociais* 1990.33, 2: 257-283.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

Garrafa V. *A inclusão social no contexto da bioética*. Conferência apresentada no Seminário Mensal julho/2005 da ANVISA, em Brasília-DF e no painel “Bioética: inclusão e justiça social”. VI Congresso Nacional da REDE UNIDA, Belo Horizonte: 2005.

Gonh MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(2): 20-31.

Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* Set 2006, 11, 3: 797-805.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) *Censo Demográfico de 2000*. (CD-ROM). Rio de Janeiro, Br: IBGE. 2000.

Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. Tradução de Artur M. Parreira. 3ª ed.. São Paulo: Martins Fontes; 1995.

Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002. 7,3: 537-547.

- Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima, N.T.; Greschman, S.; Elder, F.C. *Saúde e Democracia*. Ed. Fiocruz. 2005, 504p.
- Magalhães MDB. A lógica da suspeição: sobre os aparelhos repressivos à época da ditadura militar no Brasil. *Revista Brasileira de História* 17(34):203-220, 1997.
- Matumoto S. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
- Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006.
- Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999
- Minayo MCS *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 1994.
- Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos*. Ed. FIOCRUZ, 2005.
- Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- Oliveira JB, Gusmão SC. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista – BA. In: Seclen-Palacin JA, Fernandes AS. *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004: 63-76.
- Paim, J. S., 2001. Saúde da família: Espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface*, 5:143-146.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>.
- Rede Interagencial de Informações para Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RISPA- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299p
- Santos, M A B; Gerschman, S. Segmentations of health service supply in Brazil: institutional arrangements, creditors, payers and providers. *Ciênc. saúde coletiva*., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004
- Sen A. ¿Por qué la equidade en salud? *Pan American Journal of Public Health* 2002; 11(5-6): 302-309.
- Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2001.
- Siqueira-Batista R. *Miséria*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. KroArts; 2007.

Spink, MJP. The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Trad LAB, Bastos ACBO. Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2):429-435.

Figuras e Quadros

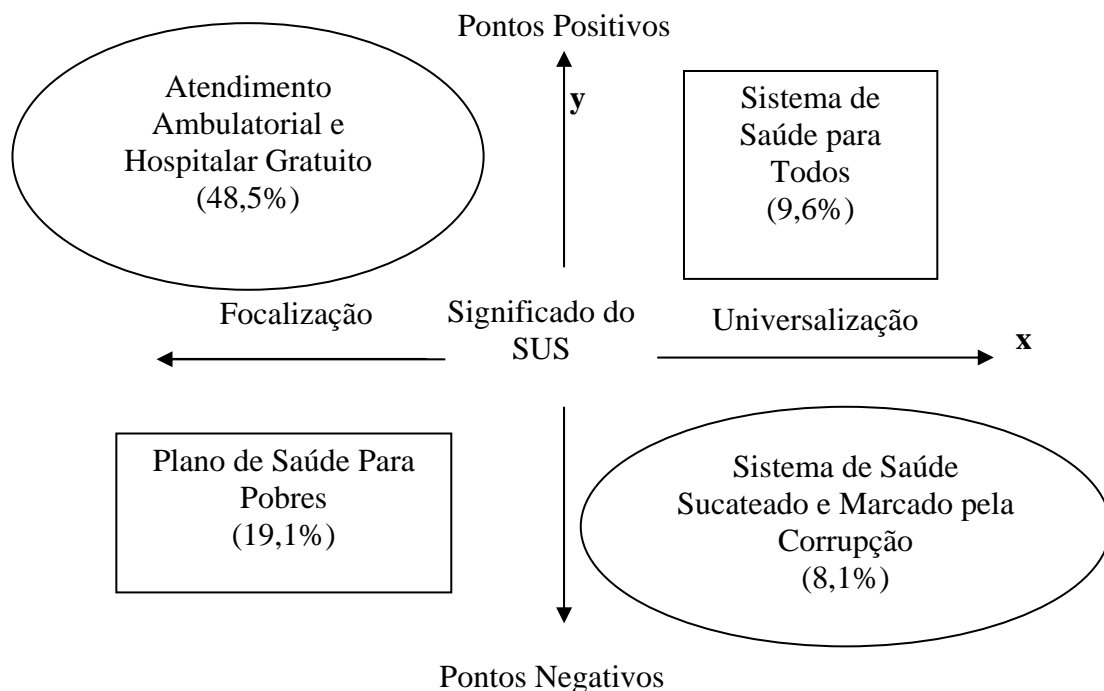


Figura 1 - Subespaços construídos a partir das representações sociais do Sistema Único de Saúde dos usuários do PSF, Município de Teixeira-MG (2006).

*Adaptado e modificado de Conde & Concha, 2000

Quadro 1 – Núcleos de sentido sobre o PSF, conforme o relato dos usuários do HIPERDIA do município de Teixeira - MG (2006).

<i>Representação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família</i>							
Modelo Usuário-Centrado		Modelo Biomédico		Programa Focalizado		Desconhecimento	
Conceito	%	Conceito	%	Conceito	%	Conceito	%
Porta de entrada do SUS/ mudança no foco da atenção	8,8	Local que possibilita realização de consultas, o controle e continuidade do tratamento	64,0	Plano de Saúde para Pobres	4,4	não sabe definir	10,3
Possibilita um maior vínculo entre a população e a equipe	8,0	Local que possibilita prevenção de doenças	2,3	Atende a Zona Rural	0,7	Partido Político	1,5

CONCLUSÕES GERAIS

Diante da realidade vivenciada no município estudado, observa-se que a possibilidade de uma gestão participativa no SUS, todavia não se consolidou como uma prática efetiva de gestão pública. O que se tem na verdade é um grande desconhecimento das diretrizes e princípios do SUS, sendo esse desconhecimento retratado tanto na fala dos conselheiros, quanto dos usuários.

Diante da realidade vivenciada, ressalta-se a necessidade de maior empoderamento/libertação⁹ da população, visando construir possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto assistencial comum, realmente fundamentado nos ideais democráticos do SUS, sendo o PSF estrategicamente importante na transformação desta realidade.

Entretanto julga-se necessário entender que a participação social não se resume apenas às ações de compartilhar os espaços dos conselhos e outras instâncias da esfera pública. Para que se obtenha a participação, é primordial que se desenvolva uma cultura cívica na qual surjam estruturas participativas organizadas autonomamente na sociedade civil. Este trabalho na base da sociedade é fundamental para alimentar e fortalecer o controle social, tendo claro que como um processo social, a participação tem que ser gestada e amadurecida. Não pode-se esquecer porém da falta de tradição do povo brasileiro em movimentos sociais e no exercício da cidadania.

Entendendo que o SUS é de todos, ou seja, é de cada um dos cidadãos que vivem, nos diferentes municípios brasileiros. O SUS nasceu de uma demanda do povo brasileiro por um país mais justo, solidário e equitativo, sendo, portanto, a expressão maior de uma política democrática e social; resta, portanto, que cada um ocupe os espaços institucionais de participação, ou como diria João Cabral de Melo Neto, cantado por Chico Buarque, que cada um dos cidadãos brasileiros repense e tome posse da “parte que lhe cabe neste latifúndio”.

Uma das possibilidades para a mudança dessa realidade seria a realização de práticas educativas, compreendidas como uma prática para o empoderamento e libertação dos atores sociais envolvidos nesse contexto, sendo este é um processo contínuo e participativo. Essa ação estratégica vislumbraria, além do repasse de informações essenciais sobre as leis que regem o SUS, a consolidação e compreensão

⁹ No presente estudo, utilizamos o binômio *empoderamento/libertação* como forma de ampliar o entendimento de empoderar-se.

de que a participação popular é um processo que se constrói, diante da magnitude de criação de uma nova cultura política democrática, em oposição à cultura de “exclusão” criada historicamente pelas elites dominantes em todo o país. O que seguramente estimularia a uma nova postura do ser diante de seus problemas, de seu tempo e de seu espaço, onde mesmo seria convidado a debater e analisar seus problemas, onde o próprio se torne protagonista da construção de sua história. Destaca-se, entretanto que é primordial promover essa mudança de atitude, tendo como foco, não apenas os membros do conselho, mas os usuários, gestores e profissionais de saúde, em suma, é necessário a existência de estratégias que visem o empoderamento/libertação de todos os atores sociais interligados no processo de construção e consolidação do SUS.

QUESTIONÁRIO POPULAÇÃO USUÁRIA DO PSF

Data da Avaliação: ____/____/____

Questionário nº: _____

Equipe do PSF: _____

1 – Identificação do Entrevistado:

1.1- Nome: _____

1.2- Endereço: _____

1.3- Bairro: _____ 1.4- Tel: _____

1.5- Zona: () Urbana () Rural

1.6- Sexo: () masculino () feminino

1.7- Idade: _____

1.8- Escolaridade: _____ anos completos de estudo

1.9- Profissão: _____

1.10- Têm trabalho fixo? () sim () não () trabalho temporário () aposentado

1.11- Renda mensal do entrevistado (R\$): _____

1.12- Renda da Família (R\$): _____

1.13- N° de pessoas que contribuem p/ renda: _____

1.14- N° de pessoas que vivem desta renda: _____

1.15 - Participa de:

() Partido Político () Campanhas Políticas () Atividades Culturais e Esportivas

() Cultos Religiosos () Nenhuma () Outros _____

1.15.1 – Se sim, como atua: _____

2 – Conhecimentos em Relação ao SUS e PSF:

2.1 - O que você entende por SUS? _____

2.2 - Você usa o SUS? () sim () não () as vezes

2.2.1 – Se não, o que utiliza: _____

2.2.1 – Se sim, em que unidades de saúde você é atendido pelo SUS?

() Hospital Local () Hospital outro Município () Posto de Saúde Local

() PSF () Consórcio de Saúde () Outros _____

2.3 – Na sua opinião, o atendimento prestado pelo SUS é:

() ótimo () bom () razoável () ruim

2.3.1 – Justifique: _____

2.4 - O que você entende por PSF? _____

2.5 - Na sua opinião, o atendimento prestado pelo o PSF é:

() ótimo () bom () razoável () ruim

2.5.1- Justifique: _____

2.6 - A quanto tempo você frequenta a unidade de saúde da família? _____

- 2.6.1- Nos últimos 6 meses, quantas vezes você veio à unidade? _____
- 2.7 - Quais as atividades que você participa, no PSF? _____
- 2.8 - Como você avalia estas atividades:
 ótimo bom razoável ruim
- 2.8.1 - Justifique: _____
- 2.9 - Para você, mudou a atenção à saúde após a implantação do PSF?
 sim não em partes não sabe responder
- 2.9.1 - Justifique: _____
- 2.10 - Você acredita que o PSF atende as necessidades da população?
 sim não em partes não sabe responder
- 2.10.1 - Justifique: _____
- 2.11 – Na sua opinião, o PSF investe na melhoria dos serviços de saúde prestados?
 sim não em partes não sabe responder
- 2.11.1 – Justifique: _____
- 2.12 - Na sua opinião, o PSF informa a população sobre os serviços que presta?
 sim não em partes não sabe responder
- 2.12.1 - Se sim, como: _____
- 2.13 - Na sua opinião, o PSF contribui de alguma forma para que você **participe** (como usuário) das ações, atividades e serviços de saúde oferecidos à sua família e comunidade onde vive?
 sim não em partes não sabe responder
- 2.13.1 - Justifique: _____
- 2.14 – Na sua opinião, o PSF tem contribuído para que você tenha mais **controle** (como sujeito) sobre as ações e decisões que afetam a sua saúde? sim não em partes não sabe responder
- 2.14.1 - Justifique: _____
- 2.15 - Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a participação da sociedade civil nas decisões relacionadas à saúde tanto dentro do PSF quanto no município como um todo?

3. Instâncias de Participação Popular:

- 3.1 - Tem conhecimento sobre a existência do CMS: sim não
- 3.1.1 - O que você entende por CMS? _____
- 3.2- Você sabe como funciona o CMS? sim não
- 3.2.1 - Se sim, como? _____
- 3.3 - Você conhece algum conselheiro do seu município? sim não
- 3.3.1 - Se sim, de que forma você o conheceu? _____
- 3.3.2 - Se sim, saberia informar qual categoria ele representa?
 sim _____ não
- 3.4 - Já participou de alguma reunião do CMS? sim não
- 3.4.1 - Se sim, por que decidiu participar? _____
- 3.4.2 - Se sim, participou ativamente (verbalmente) da reunião? sim não
- 3.4.3 – Se não, tem interesse em participar das reuniões do CMS? sim não talvez

3.5 - Na sua opinião, o CMS contribui para a definição e desenvolvimento das políticas, ações e atividades de saúde executadas? () sim () não () não sabe responder

3.5.1- Justifique: _____

3.6 - Na sua opinião, os conselheiros têm autonomia para influenciar nas decisões tomadas pelo CMS? () sim () não () não sabe responder

3.6.1- Justifique: _____

3.7 - Na sua opinião, as decisões do CMS são acatadas pelo Secretário Municipal de Saúde:

() sim () não () depende das decisões () não sabe responder

3.8 - Como você vê a importância da participação popular nas decisões e ações de saúde necessárias ao município:

() Muito Importante () Importante () Pouco importante

() Indiferente () Não tem importância () Não sabe responder

3.8.1- Justifique: _____

3.9 - Na sua opinião, as ações planejadas pela SMS, visam a conquista de mais eleitores nas próximas eleições? () sim () não () depende das ações () não sabe responder

3.9.1 - Justifique: _____

3.10 - Na sua opinião que ações/atividades relacionadas à saúde um bom prefeito deve realizar?

4. Problemas de Saúde:

4.1- Quais os principais problemas de saúde da localidade onde você vive (Liste em ordem de prioridade)? _____

4.2- Qual o motivo destas prioridades? _____

4.3- Quais seriam as possíveis causas destes problemas? _____

4.4- Como poderiam ser solucionados _____

4.5 - O que é feito no município para resolvê-lo? _____

4.6- Como a prefeitura atua frente a esta situação? _____

4.7- O que você entende por saúde: _____

OBS: _____

QUESTIONÁRIO CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Data da Avaliação: ____/____/____

Entrevistador _____

Questionário nº: _____

Categoria: _____

1 - Identificação do Entrevistado:

1.1 - Nome: _____

1.2 - Tel: _____

1.3 - Sexo: () masculino () feminino

1.4 - Idade: _____

1.5 - Escolaridade: _____ anos completos de estudo

1.x1- Trabalha na Prefeitura Municipal: () sim () não

1.6 - Profissão: _____

1.7 - Há quanto tempo você trabalha nessa profissão: _____

1.8 - Situação de Emprego: () empregado () aposentado () trabalho temporário () desempregado

1.9 - Renda mensal do entrevistado (R\$): _____

1.10 - Renda da Família (R\$): _____

1.11 - Nº de pessoas que contribuem p/ renda: _____

1.12 - Nº de pessoas que vivem desta renda: _____

1.13 - Participa de:

() Partido Político () Campanhas Políticas () Atividades Culturais e Esportivas

() Cultos Religiosos () Nenhuma () Outros _____

1.13.1 – Se sim, como atua: _____

2- Informações relativas à sua atuação junto ao CMS

2.x1- O que você entende por CMS? _____

2.1 - Que categoria da sociedade representa no CMS: _____

2.2 - Você ocupa algum cargo nesta categoria que representa? () sim () não

2.2.1 - Se sim, qual? _____

2.2.2 – Se sim, qual o tempo que ocupa este cargo? _____

2.3- Você recebeu alguma capacitação específica para se tornar conselheiro? () sim () não

2.3.1 - Se sim qual? _____

2.3.2 – Há quanto tempo ocorreu esta capacitação? _____

2.3.3 - Qual o tempo de duração da capacitação? _____

2.3.4 – Quem promoveu essa capacitação? _____

2.4 - Experiência como conselheiro:

() 1º mandato () 2º mandato () Outros, especificar _____

2.5 - Você já atuou em outros conselhos diferentes do CMS? () sim () não

2.5.1 – Se sim, qual? _____

2.6 - Como você foi escolhido para se tornar conselheiro do CMS?

- Eleição direta Indicação pelo SMS
 Indicação da Associação Indicado por algum político
 Indicação pelo Prefeito Indicação por um funcionário da Saúde
 Outro, especificar _____

2.7 - Qual a periodicidade das reuniões? _____

2.8 - Você recebe a pauta do tema da reunião antes da convocação: sim não às vezes

2.9 - Datas/horários das reuniões são divulgados para a população: sim não às vezes

2.9.1 – Se sim, quais os meios são utilizados? _____

2.10 - É realizado um trabalho de conscientização da população, por parte do CMS, sobre a existência e atuação do mesmo: sim não em partes

2.10.1 - Se sim, como? _____

2.11 - Você repassa as informações das reuniões à categoria que representa?

sim não às vezes

2.11.1 – Se sim, como? _____

2.11.2 – Se sim, qual a periodicidade? _____

2.12 - Você consulta sua categoria antes de tomar decisões no CMS? sim não às vezes

2.12.1 - Se sim, como? _____

2.13 - Sua categoria se interessa pelos assuntos discutidos no CMS e pela sua atuação no mesmo?

sim não às vezes

2.13.1 - Se sim, como? _____

2.14 - Como analisa a sua própria participação e influencia no CMS: _____

2.14.1- Quais são os principais obstáculos para a sua atuação: _____

2.15 - No CMS a paridade é obedecida: sim não em partes

2.16 - Na sua opinião, como se dá a relação entre os representantes dos Usuários e os representantes das outras categorias? _____

2.17 – Na sua opinião, este segmento (usuários) está realmente capacitado para discutir questões relacionadas às políticas de saúde? sim não às vezes

2.17.1 -Justifique: _____

2.18 - Na sua opinião, como é a relação entre os conselheiros e Secretário Municipal de Saúde?

2.19 - Na sua opinião, como é a aceitação do CMS pela Prefeitura? _____

2.20 - É feito um acompanhamento, por parte do CMS, de todos os recursos da saúde recebidos pelo município? sim não em partes

2.20.1 - Se sim como é feito este acompanhamento? _____

2.21 - Existe no município um Plano Municipal de Saúde? sim não

2.21.1 - Se sim, é realizada a comparação, por parte do CMS, do plano com o Relatório de Gestão, no intuito de avaliar o cumprimento das ações? sim não

2.21.2 - As ações propostas são cumpridas? sim não

2.21.2.1 - Justifique: _____

2.22 - Na sua opinião, as ações planejadas pela SMS, visam a conquista de mais eleitores nas próximas eleições? sim não em partes não sabe responder

2.22.1 - Justifique: _____
2.23 - Na sua opinião que ações/atividades relacionadas à saúde um bom prefeito deve realizar?

3- Exercício da Cidadania:

3.1 - Na prática, existe participação popular no CMS? () sim () não

3.1.1 - Justifique: _____

3.2 - A sua participação no CMS contribuiu para despertar interesse por questões ligadas:

3.2.1 - Aos direitos e deveres do cidadão: () sim () não () em partes () não sabe responder

3.2.2 - À vida social da comunidade: () sim () não () em partes () não sabe responder

3.2.3 - À formulação das Políticas de Saúde: () sim () não () em partes () não sabe responder

3.2.4 - Ao funcionamento do governo local: () sim () não () em partes () não sabe responder

3.3 - Como você vê a importância da participação popular nas ações de saúde necessárias ao município: () Importante () Pouco importante () Indiferente () Não tem importância

3.3.1 - Justifique: _____

4. Conhecimentos em relação SUS e PSF

4.1 - O que você entende por SUS? _____

4.2 - Você usa o SUS? () sim () não () as vezes

4.2.1 - Se não, o que utiliza: _____

4.2.1 - Se sim, em que unidades de saúde você é atendido pelo SUS?

() Hospital Local () Hospital em outro Município () Posto de Saúde Local
() PSF () Consórcio de Saúde () Outros _____

4.3 - Na sua opinião, o atendimento prestado pelo SUS é: () ótimo () bom () razoável () ruim

4.3.1 - Justifique: _____

4.4 - O que você entende por PSF? _____

4.5 - Na sua opinião, o atendimento prestado pelo o PSF é: () ótimo () bom () razoável () ruim

4.5.1 - Justifique: _____

4.6 - Para você, mudou a atenção à saúde após a implantação do PSF?

() sim () não () em partes () não sabe responder

4.6.1 - Justifique: _____

4.7 - Você acredita que o PSF atende as necessidades da população?

() sim () não () em partes () não sabe responder

4.7.1 - Justifique: _____

4.8 - Na sua opinião, o PSF investe na melhoria dos serviços de saúde prestados?

() sim () não () em partes () não sabe responder

4.8.1 - Justifique: _____

4.9 - Na sua opinião, o PSF informa a população sobre os serviços que presta?

() sim () não () em partes () não sabe responder

4.9.1 - Se sim, como? _____

4.10 - Na sua opinião o PSF contribui de alguma forma para que as pessoas **participem** (como usuário) das ações, atividades e serviços de saúde oferecidos à sua família e comunidade onde vive?

() sim () não () em partes () não sabe responder

4.10.1 - Justifique: _____

4.11 – Na sua opinião, o PSF tem contribuído para que a população tenha mais **controle** (como sujeito) sobre as ações e decisões que afetam a sua saúde?

() sim () não () em partes () não sabe responder

4.11.1 - Justifique: _____

4.12 – Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a participação da sociedade civil nas decisões relacionadas à saúde tanto dentro do PSF quanto no município como um todo?

4.13 – Na sua opinião, o PSF pode estimular a participação da população, junto ao CMS?

5. Problemas de Saúde:

5.1- Quais os principais problemas de saúde da localidade onde você vive (Liste em ordem de prioridade)? _____

5.2- Qual o motivo destas prioridades? _____

5.3- Quais seriam as possíveis causas destes problemas? _____

5.4- Como poderiam ser solucionados? _____

5.5 - O que é feito no município para resolvê-lo? _____

5.6- Como a prefeitura atua frente a esta situação? _____

5.7- O que você entende por saúde: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Título do estudo

Controle Social no Sistema Único de Saúde: Análise da Participação Social e o Empoderamento da População – Município de Teixeira - MG.

2. Objetivos do estudo

Analisar a experiência do controle social via Conselho Municipal de Saúde – CMS e compreender a representação social dos usuários do Programa Saúde Família - PSF, sobre a realidade do Sistema Único de Saúde- SUS, no município de Teixeira-MG.

3. Local da execução

Os dados serão coletados no local de trabalho e/ou na residência dos entrevistados, que são: os membros do conselho municipal de saúde, os profissionais de saúde e a população.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

4. Nomes e número do telefone dos investigadores

Poliana Cardoso Martins
Rosângela Minardi Mitre Cotta - tel.: 31 3899 1278
Fábio Farias Mendes
Sílvia Eloiza Priore
Sylvia do Carmo Castro Franceschini

5. Critérios de inclusão dos indivíduos

Todos os membros do conselho municipal de saúde poderão participar do presente estudo e os usuários do programa HIPEDIA das Equipes de Saúde da Família.

6. Critérios de exclusão

O único critério de exclusão será a recusa do indivíduo em participar do estudo.

7. Critérios de atendimento e assistência assim como responsáveis

Os dados serão coletados por um pesquisador devidamente treinado e capacitado para a coleta dos dados.

8. Descrição do estudo

O entrevistado será informado sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, os métodos alternativos existentes e a garantia do sigilo das informações. Os esclarecimentos serão feitos em linguagem acessível e estes terão a liberdade em negar a participação.

As entrevistas serão realizadas com o auxílio de questionários semi-estruturados, sendo este espaço aberto para que os entrevistados expressem seu ponto de vista em relação ao tema estudado.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

9. Benefícios para os indivíduos

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância de uma participação social eficaz dentro do contexto do sistema sanitário brasileiro.

Diante do diagnóstico, problemas e necessidades levantadas pretende-se, realizar intervenções visando garantir melhores condições de vida e saúde para a população e fortalecer o Sistema de Sanitário local.

10. Riscos para os indivíduos

Não existem riscos para os indivíduos.

11. Direito dos indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo

A participação no estudo é voluntária, sendo dado o direito à recusa, sem prejuízos ou justificativas.

12. Direito dos indivíduos a privacidade

Os resultados do estudo serão analisados e, aos envolvidos, será assegurada a privacidade.

13. Publicação de informações

Os dados obtidos estarão disponíveis para a agência financiadora e a equipe envolvida na pesquisa. Na publicação destes dados será mantido os direitos assegurados nos itens 12 e 13.

14. Informação financeira

Os indivíduos não serão remunerados pela participação, sendo esta voluntária.

15. Dano à saúde

Qualquer enfermidade ocorrida durante a pesquisa não é de responsabilidade da equipe, uma vez que a mesma não está associada a nenhum dano à saúde. Assim, a equipe de trabalho fica isenta da obrigação de tratamento de enfermidade durante o estudo.

Eu, _____ aceito participar como entrevistado (a) da pesquisa acima referida.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____