

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ROBERTO JOSÉ ADRIÃO POVOLERI FUCHS

O Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí: caminhos rumo ao controle social

Rio de Janeiro  
2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROBERTO JOSÉ ADRIÃO POVOLERI FUCHS

O Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí: caminhos rumo ao controle social

Dissertação apresentada à  
Universidade Estácio de Sá como  
requisito parcial para obtenção do  
grau de Mestre em Saúde da Família.  
Orientador: Prof. Dr. Hésio de  
Albuquerque Cordeiro.

Rio de Janeiro  
2008

ROBERTO JOSÉ ADRIÃO POVOLERI FUCHS

O Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí: caminhos rumo ao controle social

Dissertação apresentada à  
Universidade Estácio de Sá como  
requisito parcial para obtenção do  
grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine Franco dos Santos Araújo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aos meus pais, responsáveis por tudo.  
A minha esposa que sempre me  
encorajou na minha travessia profissional,  
estando sempre junto nas horas mais  
difíceis da minha carreira como médico,  
sabedora de todas as dificuldades  
encontradas na minha história  
profissional.  
Ao Pedrão, meu filho amado, que na sua  
tenra idade reconheceu o meu esforço e

cedeu nosso tempo de lazer e convívio  
para meus estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família que incentivou meus estudos apoiando-me na trajetória escolhida com carinho, acolhimento e força nas horas mais difíceis; a minha irmã Claudia e ao meu irmão Ângelo.

Ao Prof. Hésio de Albuquerque Cordeiro, meu orientador, um dos ícones no processo atual de construção de um Sistema de Saúde mais humano, digno e igualitário, que ao idealizar este mestrado deixa mais uma vez a sua contribuição, talvez a mais importante e duradoura, qual seja a capacitação e qualificação de profissionais de saúde, alunos deste mestrado.

A Prof<sup>a</sup> Elaine Franco dos Santos Araújo, minha co-orientadora, uma das responsáveis por este momento, que ao confiar em minha capacidade profissional para minha admissão no PSF/ Lapa, iniciou-me na vida de docência, da qual Deus permita que eu siga com responsabilidade e dedicação.

Aos professores do mestrado, especialmente ao Prof. Carlos Gonçalves Serra que sempre apoiou meu trabalho, inclusive comparecendo a minha banca de qualificação.

Aos Conselheiros e todos os funcionários de Itaboraí, sempre solícitos aos meus pedidos, que continuem seu caminhar rumo a consolidação do Controle Social em prol da população.

Ao Dr. Gumerindo, coordenador do PSF/ Fubá e a Enf<sup>a</sup> Graça, por terem apoiado-me nas horas que precisei ausentar-me dos meus compromissos profissionais.

Aos meus colegas de turma co-responsáveis pela construção coletiva de novos saberes através das nossas discussões, trabalhos e seminários.

A todos meus colegas de trabalho no PSF/Lapa, pelo acolhimento e torcida para o término de meus estudos.

A Aline, secretária do mestrado, incentivadora para nosso ingresso e que sempre nos alertou para os perigos e desvios de nosso caminhar, sabedora do quão duro e árduo seria;

Aos meus alunos com os quais compartilho os conhecimentos adquiridos neste meu caminhar;

A Deus nosso pai, que sempre ilumina nosso caminhar com sabedoria e discernimento.

## UM CAMINHO A CONSTRUIR

Viver é caminhar. Porque a vida é um caminho a percorrer. Um único caminho. Caminho cheio de surpresas, de encantos, de belezas, de dificuldades e riscos. Porque nós mesmos construímos o caminho a percorrer: Não sozinhos, mas com aquele que caminha ao nosso lado, partilhando das mesmas surpresas e peripécias do caminho. É um caminho às vezes penoso para construir, espinhos para arrancar, árvores para derrubar, ervas e cipós para destruir, pedras e barreiras para afastar, rochas para explodir, barrancos e morros para aplainar, valetas e buracos para fechar. Não é fácil construir o próprio caminho. Muito mais simples é andar de carona. Muito mais cômodo é andar pelo caminho que os outros já construíram. Muito mais simples é ignorar as árvores, os cipós, as pedras, as rochas, as valetas, os morros e passar por cima, por baixo, pelos lados, por onde der, deixando aos outros o trabalho de derrubar e construir. Nada mais simples que esperar acontecer. Porém, nada menos digno, nada menos humano, nada menos cristão. Andar na carona dos outros não é viver. Se tu simplesmente estás andando pelo caminho que os outros construíram, estás passando pela vida sem viver, sem deixar marcas no caminho... TU ESTÁS DEIXANDO DE SER. É preciso coragem para SER. Coragem para assumir o risco de ser homem, o risco de viver, o risco de construir o caminho, o risco de ser. Coragem para derrubar as barreiras do ódio, da violência, da injustiça, da opressão. Coragem para

dinamitar as rochas do egoísmo, da miséria, da  
escravidão. (Lima Duarte)

## RESUMO

O presente trabalho aborda o controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí através dos seus Conselheiros tomando-se por base o relatório da VI Conferência Municipal de Saúde ano de 2005. Os Conselheiros, ao percorrerem os “caminhos” do controle social durante seu mandato de 2005 a 2007 efetivamente implementaram as propostas emanadas da VI Conferência Municipal de Saúde? Quais foram os avanços e retrocessos na consolidação destas propostas? Tentou-se responder estas perguntas, objetivo deste trabalho, através de uma pesquisa qualitativa onde um questionário semi-estruturado foi utilizado nas entrevistas com os Conselheiros. Estes foram selecionados de maneira que a paridade existente no Conselho, também fosse mantida nesta seleção. Acessibilidade, humanização, comunicação e capacitação surgiram como grandes eixos temáticos após a análise do relatório, parâmetros utilizados na confecção do questionário. Os resultados mostram uma tendência maior para a centralização das decisões tomadas nas reuniões do Conselho devido ao uso precário de instrumentos de divulgação e a um repasse incipiente para as associações de moradores locais, uma política de humanização com resultados muito satisfatórios na sua implementação com valorização dos profissionais de saúde, respeito às necessidades dos usuários e com boa resolutividade e uma descontinuidade no processo de capacitação dos Conselheiros iniciado em 2002. Conclui-se que o Controle Social exercido pelos Conselheiros apresenta avanços na sua consolidação, destacando a política de humanização, porém evidenciando a dificuldade da participação dos usuários na definição dos caminhos a serem percorridos na implementação desta política, junto com os profissionais de saúde. Como maior dificuldade observou-se a ausência da transmissão das decisões do Conselho para as comunidades, que ficam a margem do processo deste controle social o que certamente limitará a consolidação deste instrumento importante conquistado pela sociedade.

**Palavras-chaves:** Controle Social; Conselho Municipal de Saúde; Política de Humanização; Informação e Capacitação.

## ABSTRACT

The present work approaches social control exerted by the health city council of Itaboraí by means of its Council members basing the report of the VI Municipal Health Conference in 2005. Had the Council members, when covering the "ways" of social control during its mandate between 2005 and 2007, effectively implemented the VI Municipal Health Conference emanated proposals? What were the advances and retrocessions in the consolidation of these proposals? It was searched to answer to these questions, objective of this work, through a qualitative research where a half-structuralized questionnaire was used in the interviews with Council members. They had been selected in a way that the existing parity in the Advice was also kept in this selection. Accessibility, humanization, communication and qualification had appeared as great thematic axles after the report analysis, which were used as parameters in the confection of the questionnaire. The results show a bigger trend for centralization of the decisions taken in the meetings of the Advice — due to the precarious use of instruments of spreading, to an incipient repass to the associations of local inhabitants — also an humanization politics with results that are very satisfactory in its implementation, that includes valuation of health professionals, respect to the users necessities, good case-resolving and a discontinuity in the process of qualification of the Council members that began in 2002. It is concluded that Social Control exerted by the Council members presents advances in its consolidation, detaching the humanization politics, however evidencing the difficulty of the users participation in the definition of the ways to be covered in the politics implementation with health professionals. As a bigger difficulty, it was observed the absence of the transmission of the Advice decisions to the communities, that are at the edge of the process of this social control, what certainly will limit the consolidation of this important instrument conquered by the society.

**Keys-words:** Social control. Health City Council. Humanization Politics. Information and Qualification.

## **LISTA DE SIGLAS**

CEB – Comunidade Eclesial de Base

CMS - Conselho Municipal de Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

FAMI - Federação Associação dos Moradores de Itaboraí

OBORE - Projetos Especiais em Comunicação e Arte

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMI - Prefeitura Municipal de Itaboraí.

PMS - Plano Municipal da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PPI - Programação Pactuada Integrada

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação na Atenção Básica

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1	O MUNICÍPIO DE ITABORAÍ E SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS	16
1.2	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2.3	PROBLEMA DE PESQUISA	24
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>25</b>
3.1	REFORMA SANITÁRIA: CONTEXTO POLÍTICO ECONÔMICO	25
3.2	A HISTÓRIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	30
3.3	O CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE	37
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL METODOLÓGICO</b>	<b>41</b>
4.1	DOS TÓPICOS	42
4.2	DA ESCOLHA DOS SUJEITOS	45
4.3	DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	47
4.4	TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	48
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>51</b>
5.1	HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE DE ITABORAÍ	51
<b>5.1.1</b>	<b>Acolhimento</b>	<b>54</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Acesso aos serviços (PSF e sistema de referência)</b>	<b>62</b>
5.2	A COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	68
<b>5.2.1</b>	<b>Relevância da informação e o papel dos Conselheiros</b>	<b>70</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Instrumentos de divulgação</b>	<b>74</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Importância das associações de moradores</b>	<b>78</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Capacitação e Educação Permanente</b>	<b>80</b>
	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO 2: QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXO 3: RELATÓRIO DA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ</b>	<b>101</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, no capítulo da Saúde, consolidou mudanças importantes na Conformação do Sistema de Saúde até então vigente no Brasil, pois dentre muitas mudanças, introduziu um importante instrumento para que a população pudesse participar, controlar e decidir junto aos gestores acerca de suas reais necessidades de saúde: a participação comunitária.

A partir da promulgação da Constituição de 1988, o Sistema de Saúde tornou-se Único (SUS) tendo por bases a universalidade, integralidade, equidade, descentralização das ações, hierarquização da rede e a participação comunitária.

O Programa Saúde da Família é um modelo assistencial que tem entre outros diferenciais o fato de trabalhar com a adesão das famílias, uma equipe multiprofissional, valorização da relação médico-paciente, a participação comunitária, práticas de educação em saúde e o controle social, exercido nos espaços dos Conselhos de Saúde.

O controle social foi uma conquista das mobilizações sociais e democráticas dos anos 80. Sua atuação se faz presente nas estruturas legais do poder executivo e nos diversos Conselhos de Saúde, assegurando a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania e em defesa da vida e da saúde.

Os aspectos relativos à questão da gestão participativa são fundamentais para ampliar o processo democrático em âmbito da saúde. Democracia é saúde. Neste sentido, um exemplo tem sido o processo de reforma sanitária brasileira que tem contemplado a participação social como um fator marcante. A exigência de constituição dos Conselhos Municipais de Saúde em âmbito do Sistema Único de Saúde tem demonstrado ser um importante instrumento de "empoderamento" da comunidade através da temática da organização dos serviços de saúde. Estratégias de "empoderamento" 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, o planejamento e a execução de projetos e/ou iniciativas sociais (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

É através deste controle social que a população orienta e define quais as suas reais necessidades de saúde, as quais propiciam aos profissionais de saúde a oportunidade de um atendimento amplo e de forma integral, atendendo aos seus anseios e proporcionando as bases para um relacionamento com fortes vínculos entre os atores envolvidos.

Mas para que as pessoas possam de fato lutar pelos seus direitos é preciso saber qual a sua percepção quanto à Saúde. O que elas entendem de necessidades de saúde?

Quando uma comunidade exige da administração local a criação de uma praça ao invés de um posto, praticando o conceito ampliado de saúde, estará de fato consciente deste conceito, de que suas necessidades de saúde foram de fato atendidas?

Nenhuma pessoa pode lutar pelos seus direitos sem antes conhecê-los. Prova disto é a mobilização atuante e organizada dos grupos de portadores de HIV no combate a AIDS, forçando o governo a elaborar e implementar um programa que hoje é referência mundial, inclusive agindo contra interesses de grupos farmacêuticos multinacionais na questão da quebra de patentes dos remédios antivirais usados no tratamento.

Cabe lembrar que doenças como Chagas, Malária e outras vitimam e incapacitam para o trabalho muito mais pessoas que a AIDS e até hoje as políticas governamentais para seu combate ou controle são ineficazes. Este fato se agrava quando sabemos que medidas simples de saúde coletivas, associadas à atuação intersetoriais minimizariam em muito estas situações, com menor custo envolvido.

Onde está a diferença? Entre outras causas, o poder de mobilização e participação das comunidades envolvidas e de seus atores.

Ao longo de minha atuação profissional no município de Itaboraí como médico de família participei de diversas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e tive a oportunidade de participar da Conferência Municipal de Saúde.

Considero estes espaços da maior relevância para o controle social onde a participação de todos, não somente dos Conselheiros, é da maior importância para a construção deste controle.

Neste período constatei que o Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí é um espaço democraticamente construído entre os representantes do poder local, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e da comunidade, com uma participação efetiva dos seus Conselheiros, sendo que os usuários são representados por meio de associações conforme determina a lei.

Constatei também que o poder local estimulava a participação de todos e utilizava este espaço para compartilhar idéias, projetos, dificuldades de toda a ordem, construindo um saber em que todos opinavam e decidiam visando o bem estar da comunidade.

As discussões e as votações dos Conselheiros sempre eram pautadas pela preocupação na melhoria das condições de saúde do município de Itaboraí, nas melhorias das condições de trabalho, na efetividade de acesso da população aos exames complementares solicitados entre outras.

Entretanto, estas discussões, apesar de atender as necessidades de saúde da população local, na maioria das vezes não tinham como referência às propostas discutidas e aprovadas nas Conferências Municipais realizadas.

Outro fato que eu verifiquei foi a pouca participação das associações de moradores do município, o que resultou na reeleição dos antigos Conselheiros.

Estariam os Conselheiros efetivamente se apoderando das propostas discutidas e aprovadas na Conferência para de fato exercerem seu papel no controle social?

A partir das experiências vivenciadas nestes espaços, surgiram algumas indagações sobre as dificuldades dos Conselheiros para colocar em prática as decisões emanadas das Conferências e de exercerem o controle social com o apoderamento que este exige.

Cabe aqui diferenciar os conceitos de participação e mobilização. Segundo Brandão (2004) mobilização da comunidade refere-se a um evento específico, por exemplo, campanha de vacinação, em que um grupo de pessoas se mobilizam em prol para alcançar os melhores resultados, sendo temporal e tão logo estes objetivos sejam alcançados, esta mobilização se desfaz. Diferentemente, a participação comunitária ou social, é um processo de mobilização permanente da comunidade designada como apoderamento encontrando na estrutura proposta para o controle social, através dos Conselhos, um meio eficaz para exercê-lo, também presente em comitês comunitários, associações de moradores, etc.

Esta dificuldade tem origem em diversas traduções, como apoderamento, empoderamento e emancipação.

Segundo Brandão (2004) vários autores traduzem a palavra inglesa empowerment como empoderamento, prefiro utilizar o termo apoderamento, não apenas por entender que inexistente a necessidade de se cunhar um termo novo para designar algo que é perfeitamente compreendido com outra palavra, mas, principalmente, porque a palavra apoderamento está ligada, etimologicamente, ao verbo apoderar-se, que é reflexivo, e que, portanto denota melhor o sentido que se quer imprimir aqui.

Apoderamento vem do verbo "apoderar", sinônimo de dar posse, "domínio de", "apossar-se", "assenhorear-se", "dominar", "conquistar", "tomar posse".

De fato, as pessoas se apoderam elas mesmas da realidade, ao invés de serem "empoderadas" por outrem.

Utilizarei neste trabalho o termo apoderamento, que julgo mais condizente com nossa língua, evitando usar mais uma expressão estrangeira.

Para Vasconcelos (2004 *apud* Wendhausen *et al.*, 2006, p. 133) o apoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos às relações de opressões, discriminações e dominações sociais.

Entendemos que o apoderamento oferece as pessoas possibilidades de autodeterminar suas vidas, participando através dos Conselhos de Saúde, das questões políticas referente não só as suas condições de saúde, como também de moradia, trabalho, assumindo uma dimensão intersetorial, articulada com outros Conselhos e Organizações. Os atores passam a se autogerir, com responsabilidade e parceria, que junto com o Estado, passam a influenciar na destinação de verbas públicas e na promulgação de políticas públicas, representando a voz, a vontade e as necessidades de saúde das comunidades envolvidas.

Entretanto, para que ocorra participação e democracia de fato, deve existir uma circulação e rotatividade do poder entre as pessoas envolvidas, garantido que cada vez mais, uma parcela maior de pessoas, representadas por algum tipo de organização, possam se sentir representadas nos fóruns institucionais criando uma massa crítica capaz de garantir um número maior de conquistas que beneficiem a maioria dos envolvidos.

Como os Conselheiros entendem o conceito de apoderamento e dele se “apodera”? Como o Conselho contribuiu para atender as necessidades de saúde dos usuários, muitas delas discutidas nas Conferências? Como as questões discutidas e votadas nos Conselhos retornam as comunidades de base?

## 1.1 O MUNICÍPIO DE ITABORAÍ E SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS

A história do município de Itaboraí começa a ser escrita logo após a fundação da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, ou seja, exatamente 02 anos após tal fundação, tendo como marco inicial à doação de Sesmarias para a instalação de lavouras de cana-de-açúcar e engenhos de açúcar. Em 1567 funda-se a Vila Santo Antonio de Sá também chamada de Vila de Santo Antonio do Macacu, com criação de um entreposto comercial para escoamento de toda a produção do Norte Fluminense, bem como a produção de cana-de-açúcar e aguardente de suas lavouras e engenhos. De lá, por via fluvial, eram transportadas até a Baía de Guanabara, utilizando-se o Rio Macacu e então exportadas para a Europa, constituindo-se assim em importante atividade econômica na época.

A freguesia de São João de Itaboraí, distrito da Vila de Santo Antonio de Macacu foi fundada em 1672, junto com a Capela dedicada a São João Batista. A partir de 1700, a freguesia de São João de Itaboraí, apresenta notável desenvolvimento econômico, sendo considerada um grande centro agrícola, o que em 1778 rendeu-lhe o título de freguesia mais importante da Vila de Santo Antonio do Macacu. Escoava-se toda produção dos 80 engenhos das freguesias próximas,

através de caixas de madeira nos 14 barcos pertencentes ao porto, daí o nome de Porto das Caixas. (PMI- Plano Municipal de Itaboraí pág. 5)

\*Em 1829, uma epidemia de Malária, denominada febres de Macacu, traz a ruína econômica da região, o declínio e a extinção da Vila de Santo Antonio de Sá, mas não afetando o prestígio da freguesia de Itaboraí, o que em 1833 rendeu-lhe a ascensão para Vila. Neste mesmo ano instala-se a primeira câmara de vereadores da nova Vila de Itaboraí. Itaboraí continua com sua importância comercial servindo de entreposto para o primeiro trecho da ferrovia Niterói–Cantagalo, criada para substituição do transporte fluvial. A partir de Itaboraí, os produtos continuavam a serem escoados por via fluvial até a Baía de Guanabara. Com a expansão da ferrovia, ligando agora Nova Friburgo e Cantagalo diretamente ao Porto da capital da Província, decreta-se o início do declínio econômico de Itaboraí concomitante a época da libertação dos escravos, o que levou diversos fazendeiros locais à falência. (PMI -Plano Municipal de Itaboraí pág. 6)

Após longo período de estagnação, no início dos anos 50, Itaboraí passa a ser importante centro de citricultura com o deslocamento desta atividade da baixada fluminense para Itaboraí, voltando ao seu apogeu nos anos seguintes até a década de 80. Em 1989 a laranja correspondia a 99% do valor da produção agrícola do município de Itaboraí. Neste período, ocorre uma pressão demográfica sobre as áreas de cultivo, impulsionada pela construção da ponte Rio-Niterói, resultando em uma transição abrupta da economia agrícola para urbana, levando consigo enorme parcela migrante, a população de baixa renda.

A ausência de uma política de desenvolvimento para a região, mormente evidenciada na área da saúde, as dificuldades evidentes pela falta de empreendimentos geradores de empregos, a sua expansão demográfica desordenada, fizeram do município um dos mais pobres, senão o mais pobre da região, com graves problemas sociais, ambientais e com

inúmeras áreas de extrema miséria e altos índices de violências (Plano Municipal de Saude 2001/2004 pág 7).

Hoje, o município de Itaboraí está dividido em 8 distritos, a saber: Sede, Porto das Caixas, Itambi, Sambaetiba, Visconde de Itaboraí, Cabuçu, Manilha e Pachecos, com uma área total de 428,6 Km quadrados. Faz limite ao norte com os municípios de Tanguá e Cachoeiras do Macacu, a oeste com o município de Guapimirim, Baía de Guanabara e São Gonçalo e ao sul com o município de Maricá.

A partir do ano de 2000, Itaboraí adquire a gestão plena do seu sistema de Saúde, com a implantação da estratégia de Saúde da Família com 44 equipes, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 70% do município.

Portanto, o principal desafio no município, é buscar a transformação, sem nenhum tipo de experiência anterior, sem nenhum modelo próprio a ser copiado e sem causar solução de continuidade à prestação de serviços até então realizada. E, mais do que isso, impactar positivamente na assistência à saúde das pessoas, transformando o modelo assistencial hospitalocêntrico em outro que dê conta da complexidade do perfil epidemiológico encontrado nas diversas realidades (Relatório de Gestão 2001 pág 07).

Atualmente está em construção no município, o pólo petroquímico com investimento de US\$ 8,38 bilhões, que certamente causará impactos no meio ambiente e no sistema de saúde local.

O grande deslocamento populacional decorrente do emprego de mão-de-obra para a construção do pólo já se faz sentir no sistema de saúde local tornando-se um dos grandes desafios para a próxima administração.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Sua população segundo estimativa do IBGE era de 216.657 no ano de 2005, com grande aglomerado urbano empobrecido, decorrente na sua maioria de uma

transição agrícola para urbana, da periferia para o grande centro, principalmente na década de 70. Este empobrecimento foi agravado pela ausência de investimentos de infra-estrutura básica, saneamento e oferta de empregos à população da cidade.

A taxa de urbanização alcança 94,5% de sua população, dos quais somente 24,2% têm acesso a rede geral de abastecimento de água, 28,2% tem ligação à rede de esgoto e 60,1% tem coleta regular de lixo.

O IDH do município vem crescendo desde o ano de 2000 passando de 0,737 para 0,81 em 2005, ocupando a 67ª posição no Estado, possivelmente face às ações desenvolvidas na saúde com a crescente cobertura do PSF e as ações na área educacional, com 90% das pessoas alfabetizadas.

Está inserido para fins de planejamento em saúde na região metropolitana II, junto com os municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim. Dista do Rio de Janeiro 46 Km e de Niterói 34 Km.

A estrutura de Saúde de Itaboraí está voltada para ações que atendam ao setor primário, com referência integrada e fluxos estabelecidos para 2 e 3 setores.

Nos últimos 04 anos a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu modelo assistencial baseado no fortalecimento da rede pública própria, com destaque para o Hospital Municipal e a Policlínica, além de incremento importante de primeiro nível de assistência através do aumento das unidades do PSF e a transformação das UBS em PSF.

Este incremento da rede pública própria está baseado nas ações de nível de atenção primária.

Nesta lógica têm destaque o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). São 32 Unidades de saúde com 45 equipes, sendo responsáveis pela cobertura de aproximadamente 70% do

município. As áreas não cobertas são atendidas por UBS e pelo Posto de Saúde Milton Rodrigues da Rocha.

O Hospital Municipal Desembargador Leal Junior responde as demandas oriundas do setor primário da saúde, além de contar com a Policlínica de especialidades Prefeito Francisco Nunes da Silva, que responde pela atenção referenciada oriunda do setor primário.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2005/2009, ainda é grande o número de atendimento de atenção básica no Hospital, fato que aponta para ampliação do PSF para as áreas não cobertas, bem como melhoria do acesso as unidades existentes, aumentando vínculo da população com as unidades do PSF.

A saúde no município também é atendida através de convênios com a rede privada, destacando-se laboratórios de análises clínicas, 02 hospitais, uma clínica de oftalmologia, 02 de fisioterapia e um centro de hemodiálise.

As principais causas de mortalidade da população do município correspondem ao padrão nacional (PMS 2005/2009), com destaque para as Doenças do Aparelho Cardio Vascular, Causas Externas e Neoplasias, que tem aumentado nos últimos 03 anos.

Segundo o Plano Municipal de Saúde, o perfil da mortalidade aponta para a necessidade de ações voltadas para melhoria da capacidade de resolução do primeiro nível de assistência (USF e UBS) do sistema com investimentos em tecnologia e capacitação profissional, com vistas à vinculação dos pacientes neste nível do sistema.

Outro ponto prioritário da política da saúde do município refere-se ao cuidado da gestante e da criança, através da estruturação da rede ao nível das USFs e do Hospital Municipal Desembargador Leal Junior.

Atualmente cerca de 85% dos partos são realizados no hospital, que ganhou o título de “Amigo do Peito” face às ações de humanização do parto e incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Quanto ao cuidado da criança, observa-se em Itaboraí que a mortalidade neonatal precoce responde pela maioria dos óbitos, taxa intimamente relacionada à assistência pré-natal e a prestada durante o parto.

O percentual de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal no ano de 2000 foi ao redor de 50% , índice muito baixo.

A grande maioria destas consultas foi realizada pela rede particular do município, sendo interesse da Secretaria de Saúde reverter este quadro, passando o setor público a ser o responsável por este atendimento, onde o Programa de Saúde da Família passa a ter uma importância fundamental neste contexto.

Para atingir este objetivo, uma qualificação da assistência pré-natal será implantada ao nível das USFs, com melhoria da captação das gestantes, principalmente pelo trabalho do ACS, e com educação continuada dos profissionais que prestam assistência no hospital municipal.

Em relação à proporção de nascidos vivos com baixo peso, Itaboraí dispõe do Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN), descentralizado para as equipes de Saúde da Família.

Quanto ao cuidado à gestante, a taxa de mortalidade materna encontra-se elevada cujas ações propostas foram relatadas acima.

A taxa de natalidade do município vem diminuindo progressivamente, fruto de ações de planejamento implantadas nas equipes de Saúde da Família.

Verifica-se, portanto, que o município tem como elemento propulsor fundamental da política de saúde, a estruturação de uma rede própria capaz de

assumir integralmente, a atenção básica hierarquizada, com acesso prioritário através do PSF e das ações necessárias a assistência especializada, ambulatorial e hospitalar.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Discutir as percepções dos Conselheiros municipais de saúde de Itaboraí quanto aos avanços e retrocessos do controle social a partir das propostas da VI Conferência Municipal de Saúde (CMS) de Itaboraí,

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar as principais propostas do relatório da VI CMS no âmbito da organização da rede de assistência à saúde e das atribuições do Conselho Municipal de Saúde;
- Identificar as dificuldades dos Conselheiros municipais de saúde de Itaboraí em relação à sua participação na implementação das principais propostas apresentadas no relatório final da VI CMS;
- Descrever o processo evolutivo da implementação das propostas apresentadas no relatório final da VI CMS de Itaboraí.

A fim de alcançar os objetivos propostos, formulei como problema deste estudo, à questão abordada no próximo capítulo.

## 2.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Que avanços foram alcançados pelos Conselheiros quanto ao controle social exercido por eles em relação à implementação das propostas aprovadas durante a realização da VI Conferência Municipal de Saúde?

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 REFORMA SANITÁRIA: CONTEXTO POLÍTICO ECONÔMICO**

O processo de mudança da assistência médica, vigente a época das décadas de 70 e 80, iniciou-se em plena ditadura militar a qual o País foi submetido por forças militares, com o chamado movimento sanitarista, cujo ideário culminou na Constituinte de 1986. Estavam assim lançadas as bases do atual Sistema de Saúde do Brasil, o SUS.

A época do golpe militar de 1964, o país vivia um período de plena democracia, iniciada em 1946, com a atuação plena de movimentos populares, sindicais, estudantis, etc., num embate entre forças conservadoras e progressistas. Esta curta experiência democrática (1946 – 1964) foi abruptamente abortada pelo golpe militar de 1964, com a alegação de um fator político; um suposto movimento golpista envolvendo as categorias progressistas da época e por um fator econômico; a restauração da ordem econômica.

Este período durou até 1985 com a eleição de Tancredo Neves para presidente do Brasil, foi marcado por uma forte repressão das forças militares, extinção dos partidos políticos e instituição do bipartidarismo, ocorreu eleição indireta para cargos do poder Executivo, eliminação dos canais de comunicação com a sociedade, portanto, os grandes temas da sociedade brasileira passam a ter uma abordagem tecnicista, a margem da população e de suas reais necessidades e um progressivo aumento da exclusão de camadas da população em prol de um crescimento econômico.

De fato, de 1968 a 1974 o país experimentou um bom de crescimento econômico à ordem de 10% ao ano, controle inflacionário, com distribuição de renda desigual, favorecendo as camadas da elite que apoiaram o golpe militar e geração de uma classe de excluídos à margem dos direitos sociais. Agrava-se o fato que, como dito acima, as classes menos privilegiadas da população não dispunham de canais políticos para reivindicarem seus direitos e lutarem por melhores condições de vida.

Em 1966, os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) são fundidos dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passa a gerir o Sistema Previdenciário como as pensões e aposentadorias, a assistência médica aos trabalhadores formais, excluindo os trabalhadores informais e rurais.

A Saúde Pública passa a ser segundo plano, com carência de recursos e voltada somente para campanhas de baixo impacto. Os quadros de profissionais da Saúde Pública eram deportados, tinham aposentadoria compulsória, fecharam-se centros de pesquisa. Agrava-se a saúde da população das cidades, submetida a uma política de concentração de renda, ocorre um incremento do êxodo rural com conseqüente agravamento das condições de saúde da população e aumento das taxas de mortalidade. O acesso aos serviços de saúde pública somente era propiciado aos trabalhadores formais, enquanto uma grande parcela da população, em função da política de concentração de renda era composta de trabalhadores informais.

O Sistema de Saúde vigente nesta época foi marcado por uma crescente mercantilização da medicina, com abordagem tecnicista e centrada na doença, o que propiciou uma verdadeira onda de surgimento de clínicas e por um predomínio financeiro das Instituições Previdenciárias. A Previdência Social passa a dispor de

um orçamento generoso. A assistência foi em grande parte privatizada devido à pressão de grupos econômicos, cujos reembolsos da assistência médica prestada eram ressarcidos pelas Unidades de Serviços (US) criadas a época, o que se tornou uma forte incontrolável corrupção. Ocorre forte pressão de grupos farmacêuticos e da indústria de equipamentos médico-hospitalares. Novas faculdades de medicina são criadas voltadas para o tecnicismo, a especialização precoce, distante da realidade do povo brasileiro. Surgem reformas institucionais impostas sem discussão prévia com a população, que mudariam profundamente a Saúde Pública e o Sistema Previdenciário.

Os primeiros sinais da insolvência do sistema adotado, voltados para dependência externa e baseados nas exportações, começam a surgir a partir de 1974, com alta do preço do petróleo e a queda de preços internacionais das nossas commodities agrícolas (café, açúcar, algodão etc.), tornam a balança comercial desfavorável. A queda do poder aquisitivo do salário mínimo, o recrudescimento dos índices inflacionários e o êxodo rural aumentando, pioram as condições de vida da população. Ocorre gradualmente uma queda do apoio das classes, antes adeptas ao regime autoritário, expresso pela derrotada do governo nas eleições de novembro de 1974.

Em 1977 a assistência médica passa a ser prestada pela criação do INAMPS. Cabe ressaltar aqui as frustradas experiências de participação da comunidade, veiculadas as experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários norte-americanos, que não lograram êxito no Brasil, devido ao caráter centralizador das Ações de Saúde pelo Governo, seu foco no sanitarismo campanhista e a repressão desencadeada pelo regime militar.

Estas experiências tinham caráter de assistência social aos grupos dos excluídos e com grandes riscos social e sanitário; de educação propiciando o autocuidado; de integralidade e organização comunitária, muito que seria aprovada posteriormente na Conferência de Alma Ata.

Entretanto, este cenário de desigualdade, repressão, exclusão social, desigualdades de acesso aos serviços e perda paulatina da identidade do governo, corroborada por estudos que mostravam os efeitos maléficos na qualidade dos serviços de saúde, decorrentes do modelo adotado, serviu de celeiro para o recrudescimento, movimentos sociais e o surgimento de novos movimentos, entre eles, o movimento sanitarista. Sindicalistas de diversas categorias, principalmente de profissionais de saúde, debatiam-se em seminários e congressos, as graves crises do Sistema de Saúde da população, submetidas pelo menos 02 décadas de descaso e desmandos das autoridades militares.

Nesta época da criação do SUS, mundialmente era praticado o conceito hegemônico da ortodoxia neoliberal, com seu ideal de eleições livres, mais receita e menos despesas, deixando que os problemas sociais fossem regidos e solucionados pelas leis do mercado. Segundo Dagnino (*apud* LABRA, 2005, p. 360), a proposta neoliberal criava o Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel garantido de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e transferências para a sociedade civil. Paradoxalmente, a criação do SUS ocorreu na contramão do neoliberalismo, não obstante as práticas de desestatização ocorridas no Governo de FHC, cuja receita das estatais não reverteram para benefício do povo brasileiro, no que tange a diminuição das desigualdades sociais no Brasil.

A redemocratização de nossa sociedade tem se caracterizado por sua natureza restrita e gradual, com início timidamente na segunda metade da década de 1970, culminando com a eleição direta do presidente Collor, época da assinatura da Lei 8080 que cria o SUS e regula a sua implementação no Brasil. Cabe lembrar, que o artigo referente à participação popular na gestão do SUS, foi suprimido pelo Presidente Collor. Novamente, a força do movimento sanitarista, foi decisiva para a criação da Lei 8142 regulamentando a participação popular na gestão de cada esfera do governo.

Nota-se, que no contexto mundial da época, o Banco Mundial aplicava uma cartilha de cunho neoliberal, baseada no conceito de ajuste estrutural com ações de saúde de caráter focal, e transitória com oferta de um pacote mínimo de serviços, com mínimo de recursos provenientes do Estado e pela regulação deste sobre o mercado de serviços médicos, ou seja, uma política de assistência à saúde de caráter liberal, onde os indivíduos deveriam pagar pela sua assistência.

A Ação do Estado deveria se restringir aos grupos sociais impossibilitados de arcar com os gastos para atender as suas necessidades de saúde. Em 1987, o Banco Mundial divulgou um documento que deixava claro e criticava de modo veemente o acesso gratuito a serviços de saúde nos países em desenvolvimento. O movimento que originou o SUS veio a se contrapor a esta tendência mundial marcando uma posição firme de nossa sociedade representada em grande parte pelo movimento sanitarista.

### 3.2 A HISTÓRIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A participação popular no Brasil remonta aos idos da última década do século XIX, sendo entendida como uma concepção mais ampla do que movimentos sindicais ou partidários. Referem-se também as camadas das populações mais pobres, excluídas do processo decisório das políticas públicas, capazes de gerir e participar destas, e não somente agirem como atores passivos, subordinados aqueles que detém o poder e a cultura, os quais apontavam os caminhos que deveriam ser seguidos pelas classes populares.

Entende-se então a participação popular, segundo Valla (1998) como múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execuções, fiscalizações e avaliações das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.). Legitima-se assim a política do Estado perante a população, mas também abre caminho para que esta população fiscalize a coisa pública, através do controle social.

Outras formas de participação popular sem cunho político segundo Valla (1998) seriam a modernização, a integração de grupos marginalizados e o mutirão. A modernização tende a supera os atrasos tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade, no intuito de melhoria da qualidade de vida da população, embora nem sempre isto seja contemplado; a integração dos grupos marginalizados decorreria da aplicação de programas verticais implantados pelo governo, baseado no pressuposto de que os grupos marginalizados, excluídos, são os culpados pelo seu retrocesso no bem estar social, esquecendo-se que tal situação decorre do fato

da desigualdade na distribuição de riquezas onde estes grupos estão inseridos. Sua efetiva integração deveria passar por políticas públicas sérias, de garantia de empregos, salários dignos e serviços básicos; e por último, os mutirões que são as formas mais utilizadas pela população, conclamados pelos governos quando este percebe sua própria falência nas suas responsabilidades (exemplo combate a dengue), transferindo sua responsabilidade para a população, culpabilizando e desqualificando o saber popular em hipertrofia do saber técnico, ou simplesmente como forma de solidariedade entre pessoas de uma(s) comunidade(s), como por exemplo as construções de habitações, saneamento etc.

A participação popular no Brasil sempre existiu, apesar da tradição autoritária e excludente, visivelmente presente no Brasil colônia, na escravidão, no império e mais recentemente no período de ditadura militar. Percebe-se que os grupos, quando são excluídos da sociedade (índios, negros, escravos, trabalhadores urbanos, camponeses, entre tantos outros) sempre desenvolvem mobilizações e movimentos sociais, que em última análise demandam políticas de Estado para que suas necessidades sejam supridas e criem-se políticas de inclusão social, tornando a sociedade mais justa e igual.

Os anos 30 são marcados por uma mobilização social cujos representantes são o movimento operário-socialista, influenciado pelos trabalhadores italianos; o movimento camponês e o movimento urbano. Estes movimentos sofrem forte pressão cooptadoras por parte dos partidos políticos, do governo e de parlamentares, no intuito de instrumentalizá-los, relegando a eles um plano secundário, não hostil aos interesses daqueles.

Neste período, denominado de populismo, prevalece às relações clientelistas, de favores, de tutela, como forma da sociedade se relacionar com o

Estado, reforçando as práticas do coronelismo, tradicional na política brasileira até os idos de 1980/1990, sendo então substituído pelo caciquismo, praticados por parlamentares em diversas zonas eleitorais a semelhança das zonas rurais do coronelismo. Pode-se dizer segundo Carvalho (2004), que por estas práticas o Brasil nunca se constitui um Estado público de fato, dissociado do particular.

Este período, que se estende até o ano de 1964, foi marcado por uma forte mobilização social expressa, principalmente nos Sindicatos e nas Ligas Camponesas, apesar de toda a tutela dos políticos tradicionais e do “centralismo democrático” do partido comunista.

A partir de 1964, este período de efervescência popular é sufocado por uma repressão dura, com fechamento de sindicatos, tortura de lideranças políticas e sindicais, muitos dos quais tiveram que recolher ao exílio, censura à imprensa e fechamento do Congresso e extinção dos partidos, entre outros atos ditatoriais, da ditadura militar implantada no país. Estes atos enfrentaram resistências de diversos setores da sociedade, entre eles, o movimento estudantil e os grupos que optaram pela resistência armada, todos massacrados pelo regime.

Às primeiras mudanças econômicas (Milagre econômico com crescimento da ordem de 8% ano) e políticas implantadas, cederam lugar, nos idos da década de 80 a uma nova onda de mobilização popular pelos grupos excluídos da época, cujo pano de fundo era a crescente desigualdade social, a falência do Sistema de Saúde, entre outros, e o fechamento dos até então precários canais de interlocução do populismo.

Novos espaços de diálogo são estabelecidos no cotidiano da população, em decorrência da ausência de um canal com o governo, criando movimentos com identidade e formas de organização diferentes dos partidos e sindicatos.

A Igreja, o Sindicalismo e a esquerda Marxista, que sofreram vieses provenientes da ditadura e com a perda de sua capacidade de apelo, voltam-se para estes movimentos sociais, relativizando suas verdades, fragmentando-se sua racionalidade totalizadora, deixando-se educar mutuamente, reconhecendo o saber do outro, em compasso de união com as idéias de Paulo Freire. Abre-se espaço para a construção coletiva de projetos de transformação social.

Escreve-se assim uma mobilização social que rejeita as práticas do coronelismo, assumindo suas condições de atores ativos do processo de transformação ora proposto, recusando papel secundário no teatro das políticas públicas, livres de uma participação reguladora e tutora. Esta mobilização tem sua representação nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), nos Clubes de mães, nas Pastorais populares das igrejas, nos Movimentos populares por creches, por saúde e contra a carestia e nos Sindicatos dos metalúrgicos de São Bernardo.

A origem do Controle Social reporta-se ao início do Século XX, sendo praticada pelo Estado, que adotava medidas higiênicas intervencionistas na sociedade com o intuito de manter a saúde da comunidade e especialmente manter as condições sanitárias mínimas para o escoamento da produção agrícola da época. Sanear os portos era questão crucial para o desenvolvimento. Assim, os combates aos vetores e campanhas de vacinação eram praticados pelo Estado, e em muitos casos, causando revolta na população, como a Revolta da Vacina ocorrida em 1910, quando Osvaldo Cruz iniciou a vacinação das pessoas contra a Varíola. Nesta época, o Ministério da Educação cuidava das Campanhas preventivas e o Sistema Previdenciário da época as ações curativas. Nota-se que os trabalhadores não tinham qualquer inserção de participação neste modelo.

Nos anos de 1920/1930, as primeiras tentativas de participação popular ocorrem com criação Caixas de Aposentadorias e Pensões, onde os trabalhadores tinham direitos a duas vagas como representantes por empresa no Conselho de Administração.

Com a transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Previdência (IAP), a representação dos trabalhadores passou a ser feita pelos sindicatos das categorias, com mero papel secundário de assessoria ou fiscalização dos atos da direção da empresa. Com a crise dos IAPs, entre outras causas, pelo uso indevido dos seus recursos pelo governo de Getúlio Vargas, na década de 1960, instaurou-se o regime militar com ruptura da participação dos trabalhadores e com combates violentos a todas as formas de mobilização popular da época, principalmente nos anos de 1946 a 1964, época que o Brasil vivenciou uma Democracia Liberal.

Fundem-se os IAPs, criando o INPS na área Previdenciária e em 1977 a assistência médica passa a ser prestada pela criação do INAMPS. Cabe ressaltar aqui as frustradas experiências de participação da comunidade, veiculadas as experiências de medicina comunitária desenvolvidas nos centros comunitários norte-americanos, que não lograram êxito no Brasil, devido ao caráter centralizador das Ações de Saúde pelo Governo, seu foco no sanitarismo campanhista e a repressão desencadeada pelo regime militar.

Ao final de década de 1970, o crescimento desordenado das cidades e migração da população da zona rural para a zona urbana, principalmente na região de São Paulo, o enfraquecimento do regime militar decorrente entre outras causas, pela instabilidade econômica, inflação crescente e depreciação salarial, práticas políticas socialmente excludentes, o inchaço de áreas periféricas desprovidas de

qualquer política pública criam as condições propícias para uma mobilização da população, coadjuvadas em muitos casos, pela ação da Igreja Católica através das Comunidades Eclesiais de Base. Surgem os embriões de diversas organizações, entre elas a formação do Partido dos Trabalhadores, Movimento Popular em Saúde, Associações de bairros, Movimentos de mulheres entre outros tantos, com o intuito principal de lutar contra o *modus operandi* vigente a época da ditadura reinante.

O movimento sanitarista, outra expressão de participação popular com diversos atores (profissionais liberais, técnicos, população etc.) surge neste momento, assumindo importante papel com a criação de um fórum de debates no seio da sociedade, culminando na elaboração de um documento apresentado na Constituinte, marco para um novo Capítulo da Saúde na Constituição de 1988, verdadeira a mudança de paradigma, com propostas que visavam a Universalização do acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade das ações em prol do indivíduo como um todo, Equidade no tratamento dispensado ao usuário e a institucionalização do Controle Social nas Políticas de Saúde, exercido pelos Conselhos de Saúde. Consagra-se a Saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Estes princípios não serão conquistados de fato sem uma efetiva participação popular, desde o cidadão comum, passando pelos grupos representativos e desembocando nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, a níveis municipais, estaduais e federais.

Paralelamente, cria-se o espaço político necessário para efetivação destas novas propostas de mudança originárias de vários segmentos da população com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os movimentos não estavam apenas pleiteando direitos sociais, mas de lutar pelo direito de terem direitos. Surge a conscientização da necessidade de participação da população nos processos de discussão e tomada de decisão nas políticas públicas, em consonância com a Conferência de Alma Ata (1978).

Recomenda-se que os governos incentivem e assegurem a plena participação da comunidade por meio da efetiva divulgação de informação pertinente, de crescente alfabetização e do desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possibilitem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade para sua saúde e bem estar.

Em meados da década de 1980 com a pressão exercida por setores da sociedade, por mudanças no sistema político, a necessidade de reformar o Sistema de Saúde, ampliar sua cobertura a novos contingentes de segurados em um sistema previdenciário nitidamente falido, promover a descentralização e a diminuição de custos, bem como contemplar a participação popular, começam a surgir alternativas ao sistema vigente, destacando-se a criação do Pré-Saúde, tentativa do governo de resposta as propostas oriundas da sociedade participativa, que embora não tenham vingado, culminou no Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo teor programático baseava-se nas premissas citadas acima, além dos primórdios de ações intersetoriais com o reconhecimento e a atuação de diversos agentes institucionais da sociedade.

### 3.3 O CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE

O Controle Social foi regularizado através da Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre sua participação na gestão do Sistema Único de Saúde

(SUS) legalizando a participação comunitária no controle social em suas comunidades.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (art. 1º, II) (...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será partidária em relação aos demais segmentos (Lei 8142, art. 1º, IV).

A criação dos Conselhos de Saúde, como representante de participação popular, originou-se na Constituição de 1988, através da implantação do SUS, possuindo um arcabouço institucional específico. Atualmente no Brasil existem aproximadamente 5.500 Conselhos, constituindo-se um fenômeno inédito na América Latina (LABRA, 2005) pela expressão da sua abrangência, possibilidade de controle das ações setoriais pela população, facilitação para o fortalecimento do engajamento cívico, além de consolidar as bases da Democracia.

... entre muitos outros autores, tem sido assinaladas as deficiências da democracia política formal e suas instituições tradicionais, como Parlamento e os Partidos Políticos, no que diz respeito à tomada de decisões que contemplem os interesses das maiorias. Entre as variadas propostas neste sentido, destaca-se a aproximação dos processos de decisão à comunidade mediante a descentralização do poder político e a construção de arenas públicas que incorporem a sociedade civil organizada, pressupondo-se que, dessa forma, serão adotadas políticas públicas mais equitativas (LABRA, 2005).

Entretanto, Labra (2005) refere uma dissonância entre as dimensões macro e micro deste processo de fenômeno participativo, tendo, por um lado, a intensa mobilização da população brasileira em temas de políticas públicas, com heterogeneidade de atores, nos anos de 1990, e por outro lado, a lenta disseminação destes conceitos no dia-a-dia das comunidades, o que Labra chama de disseminação capilar dos valores. Na prática, traduz-se esta dissonância nos

diversos problemas enfrentados pelos Conselhos, colocando em evidência sua legitimação e eficácia destes espaços.

Sociedades com democracia consolidada levaram tempo expressivo para superar a lacuna das dimensões do processo participativo para que os valores fizessem parte da cultura política e cívica destas sociedades. No Brasil, apesar do caráter holístico e avançado de nossa Constituição, nossa experiência de plena democracia está, a partir da década de 1990, apenas recomeçando. A trajetória da conscientização política e democrática do povo brasileiro expressa na mobilização da sociedade em defesa de seus ideais, no direito ao pleno exercício da democracia, na transparência da gestão pública e na sua cidadania, foi duramente suprimida no início da vigência do regime militar de 1964. Esta trajetória iniciou-se em 1946, após a ditadura da Era Vargas, ocasião em que o país viveu um período curto de democracia pluralista, com menos de 18 anos, tempo insuficiente para criação de partidos políticos fortes, programáticos que atendam aos interesses da população.

Este controle, através da participação comunitária, é exercido nas três esferas da organização governamental a níveis Federal, Estadual e Municipal criando colegiados com respectivos espaços de debates para “formulação de estratégias e no controle da Política de Saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990). Cada colegiado é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços e profissionais de saúde e dos usuários, paritariamente na proporção de 25%, 25% e 50% respectivamente, com caráter permanente e deliberativo. Estes colegiados se fazem representar nas

Conferências Estaduais e Nacionais, levando para debate as deliberações de cada Conselho. Cria-se assim um espaço de debates de idéias oriundas de cada Conselho Municipal que teoricamente representam os interesses das comunidades no sentido de aprimorar as diretrizes do SUS, atender as necessidades de saúde das comunidades envolvidas neste processo, melhorar a qualidade de vida das pessoas, influir na formulação de políticas e estratégias do SUS, enfim, exigir que o Estado cumpra com seu papel constitucional de garantir a Saúde à população como seu dever e como direito constitucional de cidadania.

O arcabouço jurídico do controle social parece bem estruturado porém será que as comunidades dos municípios se fazem realmente representar? Qual a percepção dos Conselheiros acerca deste controle? Como as necessidades de saúde geradas no interior de cada grupo são discutidas e trabalhadas? As discussões e resoluções aprovadas no Conselho retornam para a comunidade através dos seus representantes? Estaria havendo uma rotatividade no Conselho que pudesse representar a maioria das comunidades assistidas pelo Programa de Saúde da Família?

Outros fatores que agravam esta situação, o que favorece a existência dos Conselhos apenas como instâncias protocolares, destacando entre outros, a desigualdade de saberes entre os vários representantes, a ausência de controle sobre a representatividade dos Conselheiros e a dificuldade de mobilização da comunidade.

Esta dificuldade, é obstáculo para uma efetiva atuação democrática nos Conselhos, estaria de certa forma confirmando o conceito de controle social, a luz da Sociologia, que uma pessoa e sua ação estejam de fato condicionada e limitada pelos grupos, pelas instituições e pela sociedade inteira, da qual é membro.

Assim, segundo Bobbio (2006), os indivíduos estariam condicionados a mecanismos mais ou menos ajustados, instituídos socialmente e a partir dos quais agiriam.

Estes padrões, na área da Saúde, segundo Wendhausen (2006), tem como consequência a crescente medicalização do conceito de Saúde, pela introdução gradual de padrões sociais, culturais e políticos a partir de parâmetros instituídos pela Ciência Médica, gerando uma necessidade constante de atos médicos normalizadores e intervencionistas.

Segundo Fuks (2002 *apud* Wendhausen *et al.*, 2006, p. 133) estas questões seriam entraves ao desenvolvimento de espaços democráticos, a igualdade política e social, a cidadania constitutiva e ao empoderamento que deveriam ser praticados nos Conselhos.

Necessário se faz então, que os indivíduos de fato se apropriem dos espaços institucionais legalizados, aqui especificamente os Conselhos de Saúde, de uma maneira mais autônoma, reflexiva e ativa, apoderando-se dele, objetivando praticar o conceito ampliado de saúde, desmedicalizando a saúde.

## **4. REFERENCIAL METODOLÓGICO**

O estudo é de natureza qualitativa, uma vez que meu desejo é analisar a percepção dos Conselheiros sobre a implementação das propostas apresentadas durante a realização da VI Conferência Municipal de Saúde e descrever as dificuldades apresentadas neste processo, em relação ao Controle Social exercido por eles durante seu mandato no Conselho Municipal de Itaboraí no período de 2005 a 2007.

O estudo tem abordagem descritiva e exploratória, uma vez que este se preocupa em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (RUDIO, 1995).

Inicialmente, minha idéia era trabalhar com os relatórios da V Conferência Municipal realizada em dezembro de 2003, junto com a VI Conferência.

A escolha da V Conferência devia-se ao fato de minha atuação como médico do município ocorrer justamente do período de 2002 a 2004, continuando com a VI Conferência o que daria uma abrangência maior.

Entretanto, não foi possível achar o relatório da V Conferência junto à secretaria do Conselho que não dispunha de nenhuma cópia do mesmo. Por esta razão, optamos somente pelo relatório da VI Conferência.

### **4.1 DOS TÓPICOS**

Durante a realização da VI Conferência Municipal de Itaboraí no período de 09 a 11 de dezembro de 2005, momento democrático em que diversos segmentos

da sociedade estão representados por suas entidades, discutiu-se o Sistema de Saúde do Município de Itaboraí com a realização de debates através da criação de grupos de diversos temas, culminando com a eleição dos Conselheiros para o período 2005/2007.

Estes grupos foram divididos em 04 grandes mesas, a saber: Financiamento e Saúde; Saúde e Trabalho; Humanização na atenção a Saúde e, finalmente, Fala Itaboraí.

Para a apresentação destas mesas, foram convidadas diversas personalidades da área de saúde e afins, que realizaram durante todo o dia 10 de dezembro explanações sobre os temas dos grupos acima, com participação da plenária com perguntas sobre cada tema.

No 3º e último dia da Conferência, os diversos delegados representantes dos segmentos dos usuários, profissionais de saúde e gestores, se dividiram em 03 mini plenárias e aprofundaram o debate de cada mesa, onde ao final dos trabalhos, cada mini plenária elaborou um relatório contendo os principais pontos e propostas aprovadas.

As mini plenárias então apresentaram suas propostas e pontos do relatório na plenária final, onde foi votado e elaborado um documento final contendo as propostas de cada grupo (Financiamento e Saúde; Saúde e Trabalho e Humanização na atenção a Saúde) que foram então encaminhadas para a Plenária Estadual.

Na nossa análise nos detivemos no estudo das propostas contidas no documento final, (ANEXO 3) identificando temas mais correlatos com o Programa da Saúde da Família e com o Conselho Municipal de Saúde, dentro da lógica do Controle Social. Cabe lembrar que todas as propostas emanadas aprovadas na Conferência estão diretamente relacionadas com o Controle Social exercido dentro

do Sistema de Saúde de Itaboraí, em todos os seus níveis de atenção, mas que somente foram selecionadas aquelas diretamente relacionadas ao PSF e ao CMS.

Assim, identificamos 04 grandes temas, abaixo descritos:

1. Acessibilidade e Garantia do fluxo de atendimento;
2. Humanização;
3. Fluxo comunicacional;
4. Capacitação dos Conselheiros.

Cada tema pode conter uma ou mais propostas dos diversos grupos (Financiamento e Saúde; Saúde e Trabalho e Humanização na atenção a Saúde) discutidos e aprovados no relatório final, pois na escolha dos temas, verificamos que algumas propostas eram pertinentes a diversos temas.

Para entendimento melhor, passaremos a descrever as propostas que deram origem aos temas:

#### **Tema: Acessibilidade e Garantia do Fluxo de atendimento**

Item I.5: Fortalecer as ações desenvolvidas pelo PSF, para aliviar o atendimento do HMDLJ, melhorando o atendimento com informações e prevenção de doenças através de distribuição de material informativo.

Item II.3: Garantia do retorno/agendamento para o usuário cadastrado em qualquer nível do sistema, onde seja necessário o retorno regular no ato da consulta.

Item III.2: A implementação do instrumento de referência e contra-referência da Rede Básica para o Hospital e vice-versa, o que possibilita a continuidade do tratamento dos usuários em toda a Rede.

Item III.27: Garantir o sistema de referência e contra-referência tornando-o objetivo e resolutivo o fluxo entre os níveis primários, secundários e terciários da assistência municipal, microrregional e regional.

**Tema: Humanização**

Item III.19: Melhorar a qualidade dos atendimentos nas unidades do PSF quanto à marcação de consultas com médicos e enfermeiros, recepção mais humanizada, ACS com mais acesso a informação sobre o serviço de atendimento das clínicas de especialidades.

**Tema: Fluxo comunicacional do Conselho para a população**

Item II.12: Que o Conselho Municipal de Saúde divulgue para a Sociedade Civil, através do princípio da transparência e da legalidade, suas resoluções, suas informações e deliberações, utilizando os veículos de comunicação do Município.

**Tema: Fluxo comunicacional da população para o Conselho**

Item III.20: Organizar uma caixa de sugestões nas Unidades de Saúde para ser lida mensalmente nas reuniões do Conselho .

**Tema: Capacitação dos Conselheiros**

Item III.22: Promoção e capacitação permanente dos Conselheiros e do Controle Social sobre a saúde do trabalhador.

Após identificação dos temas, elaboramos um roteiro de entrevista semi-estruturado (ANEXO 2) com 07 perguntas que suscitasse respostas dos

Conselheiros entrevistados sem que ao menos eles pudessem perceber que as respostas estariam diretamente relacionadas com a evolução destas propostas no Município de Itaboraí. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas em sua forma original.

Todos os Conselheiros entrevistados tomaram ciência da aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética, além de serem informados do caráter sigiloso das informações prestadas do livre consentimento pra realizar a entrevista.

Após leitura do termo de Consentimento (ANEXO 1) todos concordaram em assinar o termo, atendendo ao que se pede na Resolução 196/96.

#### 4.2 DA ESCOLHA DOS SUJEITOS

Os sujeitos do estudo foram os Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde. O número de sujeitos não foi previamente estipulado, pois concordando com MINAYO (1994 p. 43):

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (...). A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

A composição do Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí foi aprovada pela Lei 1148 artigo 3º de 05/03/1993 alterada em 04 de junho de 1996 pela Câmara Municipal dos Vereadores de Itaboraí através da Lei 1384, que foi sancionada pelo Prefeito municipal e passou a ter a seguinte redação:

Art. 3º - O CMS terá a seguinte composição:  
I – 2 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde;  
II – 1 (um) representante dos prestadores de serviços na área de saúde;  
III – 3 (três) representantes dos profissionais de saúde;  
IV – 6 (seis) representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Compõe-se assim o Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí, com 12 membros e 12 suplentes. Na legislação de 2005 a 2007, os segmentos dos usuários foram representados pela FAMI, Federação das Associações de Moradores de Itaboraí, que ocuparam 04 cadeiras, sendo que a Pastoral da Criança, ocupou 01 cadeira e as restantes sendo ocupadas pela AACSI - Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Itaboraí.

O segmento do gestor foi representado por 02 Conselheiros, sendo um deles a Subsecretária de Saúde do município e o outro pelo representante dos Prestadores de Serviço conforme contempla a Lei acima citada. O segmento restante, dos profissionais de saúde foi representado por 03 pessoas, sendo uma delas do COREN - Conselho Regional de Enfermagem.

A escolha dos Conselheiros se deu de maneira aleatória, optando-se preferencialmente pela disponibilidade de tempo dos Conselheiros, até se chegar a um percentual de 50% destes Conselheiros, ou seja, 06 pessoas, tentando preservar a paridade existente no Conselho. Assim, 04 Conselheiros eram do segmento dos usuários, 01 do segmento do gestor e 01 do segmento dos profissionais de saúde.

O representante dos Prestadores de Serviço não foi contactado e para se chegar ao número de 06 entrevistas, optou-se por entrevistar mais um Conselheiro do setor dos usuários.

Para que pudéssemos contar com a maior participação de todos, o projeto de dissertação foi apresentado à Secretaria de Saúde do Município, que colocou a sua aprovação em pauta na reunião do Conselho Municipal de Saúde que aconteceu em março de 2007.

Nesta reunião, tive a oportunidade de apresentar o projeto deste estudo e pude contar com a aprovação de todos os Conselheiros presentes, muitos dos quais já me conheciam pelo meu trabalho no Município.

Para preservar o anonimato dos Conselheiros, optamos por identificá-los com o nome de plantas, a saber:

- Carvalho;
- Jatobá;
- Palmeira;
- Maçaranduba;
- Ipê;
- Mogno.

#### 4.3 DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Durante a leitura das 06 entrevistas fomos agrupando as idéias oriundas das falas dos Conselheiros em diversos núcleos que pudessem expressar os sentidos e as percepções dos entrevistados em relação ao Controle Social exercido por eles.

Através da leitura do material transcrito, foi possível elaborar duas categorias de análise. A primeira composta de duas subcategorias, e a segunda, com quatro, conforme se apresenta a seguir:

##### **Categoria 1: Humanização no Sistema de Saúde de Itaboraí**

###### 1.1 Acolhimento

###### 1.2 Acesso aos serviços (PSF e sistema referência)

## **Categoria 2: A Comunicação no Contexto do Conselho Municipal de Saúde**

2.1 Relevância das informações e o papel dos Conselheiros.

2.2 Instrumentos de divulgação

2.3 Importância das Associações de moradores

2.4 Capacitação e Educação Permanente

### **4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Pode-se definir a Análise de Conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta ao estudo das comunicações e que partindo da escolha e definição de determinados indicadores, permite a inferência de variáveis. São estas variáveis que auxiliam na compreensão e interpretação das condições que possibilitaram a construção de uma comunicação ou de suas conseqüências.

Ou, como define Bardin (1995):

Designa-se sob o termo Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (1995, p. 42).

Ou seja, mais importante que a descrição dos textos em si, são as inferências que podem ser construídas a partir do tratamento dado a eles. Assim:

A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 1995, p. 38).

O que se pretende quando da realização da Análise de Conteúdo é poder inferir<sup>1</sup> as condições de produção ou certas variáveis de um tipo de comunicação tomado por objeto de análise. É a partir das variáveis inferidas<sup>2</sup> que se dá o trabalho de interpretação, atividade que dá conclusão ao trabalho de Análise de Conteúdo e constitui seu objetivo final. E para que tal inferência seja possível, recorre-se a indicadores. Estes últimos são escolhidos e definidos pelo analista, de acordo com os objetivos da análise.

Na verdade, o analista trabalha com vestígios que, em última análise, são as manifestações de algo que pode ser inferido, ou deduzido logicamente – manifestação de fenômenos, de dados, de estados. Some-se a isto o fato de os saberes inferidos poderem ser de natureza diversa: psicológica, sociológica, histórica, econômica.

Assim, na Análise de Conteúdo há uma fase inicial de descrição do texto a ser analisado, uma última fase que é a interpretação, isto é, a significação dada a essa descrição, e uma fase intermediária a essas duas que é a inferência. É esta inferência que vai permitir a passagem de uma fase à outra. Ou seja, dado um significante chegamos ao significado através do trabalho de inferência que serve de ponte entre os dois.

A Análise de Conteúdo pode ser organizada em três pólos cronológicos ou etapas. A primeira etapa, denominada pré-análise, é uma fase de organização que

---

<sup>1</sup> Bardin define inferência como “uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (1995, p. 39)

<sup>2</sup> *Condições de produção* são definidas por Bardin como fatos deduzidos logicamente a partir dos índices selecionados e fornecidos pela etapa inicial da análise – a etapa descritiva. Bardin prefere usar o termo “*variáveis inferidas*”, criticando o fato de o termo condições de produção levar em consideração apenas à produção, deixando de lado a possibilidade de inferência sobre a recepção da mensagem.

tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Bardin considera esta fase como período de instituições.

A pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisadas, (2) a formulação de hipóteses e objetivos e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma inter-relação entre elas. Após a escolha do material, o passo seguinte é a realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. Este é um trabalho preparatório da análise, onde se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores.

Após a pré-análise, parte-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administra sistematicamente a orientação e decisão tomada na pré-análise. Nesta fase é feito um recorte do material a ser analisado através de uma grelha de categorias, definido na pré-análise, que são projetadas sobre os conteúdos.

Por fim, a terceira etapa compreende o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obtém-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria prévia do analista.



## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE DE ITABORAÍ

A descentralização e regionalização preconizada no Sistema Único de Saúde sem dúvida contribuíram para melhorar o acesso dos indivíduos ao Sistema de Saúde com equidade e integralidade, além do estímulo a prática do Controle Social.

Muito há de se avançar, em especial nos modos de se produzir saúde, proveniente da interação dos profissionais de saúde com os usuários, família e comunidade.

Este modo de produzir saúde refere-se às formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que se encontra fragmentado e verticalizado nas suas relações, em todos os níveis de atenção, frutos de uma doutrina hospitalocêntrica, focada na doença em detrimento da pessoa, da família e da comunidade.

Os sujeitos (usuários e profissionais) deste processo de produção de saúde estão a margem das políticas instituídas no Sistema Único de Saúde (SUS). Não se estimula a valorização, tanto dos usuários em relação aos seus direitos, como os profissionais de saúde, em relação aos modos de produção.

Esta preocupação está salientada no documento do Ministério da Saúde afirmando:

O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o Direito Constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para

todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida (BRASIL, 2004, p. 5).

Foi pensando nesta premissa que o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, uma política para qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entendê-la como mais um programa verticalizará as normas e condutas desta política, tornando-a mais um processo burocrático, descontextualizada dos problemas locais e pautada somente em mais índices e metas a serem cumpridos.

Humanizar perpassa estas situações, pois se estabelece com pessoas e sujeitos estabelecendo uma relação humana.

Humanizar é então ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004, p. 6).

Cabe ressaltar que não se trata de humanizar a relação com atitudes de caráter humanitário, de ações de boa vontade, de prestar um favor à população e não um direito a saúde. Pressupõe ultrapassar barreiras onde diferentes núcleos de saber/poder ocupam as etapas do processo de trabalho na saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) por atuar nos processos de produção de saúde, apresenta-se como uma oferta para avançar na mudança na saúde, na ratificação da base discursiva do SUS e de sua afirmação como prática social que afirma direito e constrói cidadania. É uma política que buscar avivar e manter ativa as forças de criação e sustentação da reforma sanitária. É, portanto, uma política que produz crise (PASCHE, 2007).

Humanizar deve confluir para trocas solidárias, alicerce de vínculos futuros, norteados pela relação de respeito às diferenças, solidariedade e ajuda mútua.

Assim estaremos caminhando para construção de novos espaços de troca, transformando realidades e os atores envolvidos no processo.

Dentre as prioridades do Programa Nacional de Humanização, destacam-se, quatro marcas específicas, a saber: (BRASIL, 2004, p. 10):

- 1 – Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- 2 – Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam da sua saúde, e os Serviços de Saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- 3 – As Unidades de Saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social e os direitos do Código dos usuários do SUS;
- 4 – As Unidades de Saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Algumas das prioridades citadas acima coincidem com as subcategorias criadas a partir do estudo das entrevistas, destacando o acolhimento e ampliação do acesso aos serviços (PSF e sistema referência), tópicos que serão agora analisados.

### **5.1.1 Acolhimento**

Como conceito de acolhimento que melhor traduz o estudo que pretendemos fazer da subcategoria da humanização, reproduziremos o conceito de Solla (2006, p. 213) que nos afirma:

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando com a resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária.

Incorporando o acolhimento nos processos de trabalho, (Franco *et al.* 1999 *apud* SOLLÁ, J.P.; TEIXEIRA, C.F., 2006, p. 214) sistematizaram 03 princípios de forma a organizar o serviço centrado no usuário: Atender a todos, garantindo universalidade; reorganizar o processo de trabalho, deslocando-se a relação profissional do médico centrada para equipe multiprofissional e qualificando à relação trabalhador-usuário, por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O Princípio da Universalidade deve garantir a todos os cidadãos acesso às ações e serviços de saúde para promoção, prevenção, cura e reabilitação, em todos os níveis do Sistema de Saúde.

No município de Itaboraí, seus habitantes têm este acesso garantido por uma cobertura de quase 70% do município com a estratégia do PSF, ou através da emergência do Hospital Desembargador Leal Junior, que se constitui muitas vezes como porta de entrada ao sistema.

Podemos imaginar qual era a situação do atendimento nas unidades do PSF de Itaboraí, através da fala do Conselheiro Maçaranduba, transcrita abaixo:

... o acolhimento no PSF (nome ocultado) é zero, você chega dá seu nome, senta lá e fica lá, ninguém te olha, você tá passando mal, tá tonto, talvez uma alta de glicose, uma baixa, uma pressão alta, qual é o seu nome, aguarda ai (MAÇARANDUBA).

Nesta fala notamos que o atendimento nesta unidade se restringe a uma simples triagem, desprovida de qualquer postura de compromisso em dar respostas

concretas as necessidades de saúde trazidas pelo usuário de maneira que incluía sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2006, p. 21).

A preocupação com a melhoria da qualidade do atendimento dos usuários já aparecia no início de 2005, conforme relato do Conselheiro Ipê:

Logo no início, 2005/2006..., as pessoas não estavam muito acostumadas a trabalhar com o público, então com isto houve assim um certo impacto, então a supervisão decidiu fazer capacitação, inclusive temos este curso da Escola de Enfermagem Izabel dos Santos, que tem um núcleo aqui em Itaboraí, que tem feito este trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde, com os aux. de enfermagem para melhorar esta qualidade de serviço (IPÊ).

Esta discussão acabou dentro do Conselho Municipal de Saúde, onde esta questão foi levantada e discutida, desdobrando-se em atos que culminaram com a implantação do acolhimento nas unidades.

A fala do Conselheiro Ipê mostra a importância que os Conselheiros do segmento dos usuários davam a questão, desde seu levantamento na Conferência Municipal de Saúde, trazendo esta discussão pra dentro do Conselho o que acabou “contaminando” outros segmentos:

... e dentro do segmento dos usuários foi levantada esta questão, aí os profissionais de saúde também abraçaram esta idéia, discutindo a sua posição do atendimento, da melhoria, reivindicando melhoria nas unidades de saúde tanto do hospital quanto do PSF... (IPÊ).

A participação do Conselho, a intenção da secretaria, e também a intenção das propostas das Conferências de saúde que apontavam para esta questão, não só esta, mas também para a questão da capacitação, da melhoria do atendimento, nas unidades de saúde, então teve os 03 segmentos de formação de política pública de saúde (IPÊ).

Assim para garantir a universalidade e melhorar o atendimento como previsto na Conferência, a Coordenação, impulsionada pelas discussões no Conselho, iniciou um estudo prévio realizado por diversos profissionais da atenção básica com a leitura de textos onde os envolvidos debatiam e discutiam as possibilidades de inclusão desta metodologia nas 44 Unidades de Saúde da Família em Itaboraí, verificado na fala do Conselheiro Carvalho:

... nós tivemos muitas reuniões anteriores a esta, até chegarmos a um modelo que entendemos como sendo o modelo ideal.

... ai a Mônica (Sec. de Saúde) foi fazer o curso de humanização, um curso que foi feito pela ENSP, com alguns momentos presenciais e algumas partes a distância, e vinha com as novidades do curso, discutia com a gente e com a gente ia construindo...

A partir destes encontros foi proposta uma primeira oficina de sensibilização em algumas unidades previamente escolhidas, sabedores da dificuldade de se implantar um projeto desta envergadura em todas as unidades ao mesmo tempo, observado na fala abaixo:

... fizemos primeiro um projeto em uma unidade, para ver como seria, e depois ampliamos para 11 e vamos fazer 04 oficinas de 11 (CARVALHO).

Na fala transcrita abaixo, observa-se que a resposta advinda da população, mostrava para a equipe que a implantação da Política de Humanização estava no caminho certo:

Então a melhor resposta que a gente teve, o único que não reagiu a nossa proposta foi à comunidade, então a gente começou a ver que estaríamos no caminho certo, de eles virem aqui no Conselho de falar com o coordenador do programa, poxa, melhorou, agora eu chego lá, consigo ser atendida, então isto para a gente, afinal a gente esta trabalhando para quem... (CARVALHO).

A preocupação da Coordenação em implantar o acolhimento em um número pequeno de unidades e aumentando gradativamente as unidades que passariam a praticar o acolhimento preserva as características individuais de cada equipe, condizente com dimensão do acolhimento enquanto técnica que permite a construção de ferramentas mais adequadas às demandas apresentadas (SOLLA, 2006, p. 215).

Além disso, os usos de ferramentas próprias já utilizadas pelas equipes, contribuem pra mostrar o quanto é possível à implantação de uma nova prática.

As transcrições abaixo denotam esta preocupação do Conselho e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como auxiliar neste processo:

... então é um trabalho ainda que eles estão começando a estruturar, que algumas equipes não foram sempre homogêneas, depende do profissional que está lá, depende do tempo que aquele profissional está lá, o vínculo

que ele já criou, várias vertentes, em algumas a pessoa já pegou alguma coisa mais adiantada... (CARVALHO).

... trabalhando com as equipes, mostrando para eles através do SIAB, que eles têm possibilidade de fazer isto (CARVALHO).

... ai você tem um processo interno de trabalho fazendo junto com eles... (CARVALHO).

Ao praticar a Política de Humanização nas suas Unidades de Saúde da Família, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de diretriz do serviço, identificando as demandas dos usuários e reorganizando o serviço (SOLLA, 2006, p. 215).

Segundo Solla (2006, p. 217), o acolhimento é mais que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe a identificação dos problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento.

Esta transformação foi verificada na prática quando da utilização do acolhimento, conforme as transcrições seguintes:

... a equipe está ali para isto, para fazer o acolhimento, que é diferente da triagem, acolher pode ser uma pessoa que esta ali para fazer uma vacina, então vai logo para a salinha fazer uma vacina... (CARVALHO).

... ou então uma pessoa que foi ali na unidade aquele dia porque a criança está com febre e precisa de atendimento... (CARVALHO).

Outra mudança percebida nas equipes refere-se a questão do agendamento, que sai da lógica da agenda fechada e pré determinada e busca resolver as demandas espontâneas para atividades organizadas pelo serviço em ofertas programadas. Alguns trechos ilustram esta mudança:

... foi quando nós começamos a estruturar esta coisa da agenda aberta (CARVALHO).

... agenda aberta na parte da manhã, para a comunidade daquela área do PSF, deixando a parte da tarde para as áreas programáticas (CARVALHO).

... então dali podem sair várias formas de agendamento, tem aquela que vai esperar um pouquinho para ser atendida, vai ter àquela senhora que não pode nada por que a pressão esta altíssima, tem que o médico logo atender e fazer uma prescrição e ela tomar o remédio logo ali, se for o caso, se puder resolver ali... (CARVALHO).

... a agenda é da equipe que está ali fazendo o acolhimento, ouvindo quem é para ser atendido agora, que pode vir na semana que vem... (CARVALHO).

Malta *et al.* (2001 *apud* SOLLA, J.P.; TEIXEIRA, C.F., 2006, p. 216) considera que a implantação do acolhimento não deve se restringir às unidades básicas, mas a outras portas de entrada do sistema.

Esta preocupação está presente também dentro do Sistema de Saúde do Município de Itaboraí, na Emergência e na Policlínica, conforme transcrição dos Conselheiros abaixo:

... e vimos como a gente chama a nossa emergência azul, que é de criança com febre, com nariz escorrendo, então estas crianças têm que estar lá no PSF, um município que é coberto 70% de PSF (CARVALHO).

Existe até uma equipe de acolhimento na policlínica, aqui também temos o serviço de acolhimento na emergência pra direcionar quem é mais grave quem é menos grave para poder dar uma prioridade, agora ao nível da policlínica também está tendo uma equipe de acolhimento para direcionar esta questão de marcação e todos que chegam sai com consulta marcada (PALMEIRA).

A política de saúde do município anos atrás era bastante precária, o hospital estava abandonado e com a melhoria da qualidade do atendimento implementada pelo município, pessoas de outros municípios passaram a procurar atendimento em Itaboraí, o que certamente dificulta a implantação do acolhimento na emergência. O Conselheiro Ipê nos fala desta dificuldade:

... mas o nosso número de atendimento no hospital também foi crescente, porque todo o município e até também o município adjacente tem procurado a nossa unidade de saúde por causa da qualidade do atendimento (IPÊ).

... porque a gente tinha um hospital defasado, a nossa saúde em Itaboraí anos atrás era diferente, não tinha uma política de saúde conforme temos hoje (IPÊ).

Esta mesma dificuldade também se expressa na fala do Conselheiro Carvalho em função do aumento populacional no município de Itaboraí, decorrente em grande parte pela oferta de empregos, diretos e indiretos que estão sendo criados com a implantação do Pólo Petroquímico em Itaboraí.

... e isto tem sido para a gente um outro desafio, a população aumentando de uma forma, agora então em Itaboraí a gente não consegue nem mensurar (agora com o pólo) exatamente, tem gente falando que fica na esquina e vê 12 caminhões de mudança passar... (CARVALHO).

... e os médicos do PSF estão sinalizando para a gente que estão atendendo pessoas que eles nunca viram, mas estão na área cadastrada. Estão sendo cadastradas, então tem gente nova chegando, então como organizar um sistema assim? (CARVALHO).

Entretanto, não basta somente mudar concepções de trabalho sem que as pessoas envolvidas estejam receptivas as mudanças. Segundo Inojosa (2005, p. 1) saúde se faz entre pessoas, caracterizando uma relação humana entre sujeitos com suas potencialidades, limites e saberes.

Convém lembrar que no início da implantação do PSF muitos dos profissionais foram contratados sem ter o mínimo de conhecimento da doutrina do PSF.

Esta preocupação está presente na fala de alguns Conselheiros, que acompanharam o processo de implantação do PSF no município de Itaboraí e vivenciam esta dificuldade diariamente:

Hoje não existe uma formação acadêmica de um médico especializado no PSF, assim como os outros profissionais... o enfermeiro, não tem uma visão maior do que significa PSF, que é muito mais que um atendimento médico, ou seja, ambulatorial... (JATOBA).

... agora, esta visão assim do PSF, a gente não encontra do profissional que está vindo para cá... (CARVALHO).

A atuação do profissional de saúde, além da promoção a saúde e prevenção aos agravos determinantes do processo saúde/doença, também tem que lidar com o sofrimento, a dor e o delicado trabalho de conviver com limitações e seqüelas.

Esta preocupação encontra-se na fala do Conselheiro Maçaranduba transcrita abaixo:

... precisa melhorar, precisa profissionalizar, preparar estas pessoas, porque eu acho que para lidar com o público, principalmente o público doente... então você tem que estar preparado ali psicologicamente para atender aquela pessoa... (MAÇARANDUBA).

Profissionais despreparados para lidar com as dimensões sociais do processo de adoecimento, falta de espírito de trabalho em equipe e desumanização na relação médico/paciente, fragiliza as práticas de saúde e diminui a percepção dos profissionais de saúde frente às necessidades daquele indivíduo, família ou comunidade.

Ressalva-se o fato da relação muitas vezes ocorrer de forma assimétrica, onde o profissional de saúde, principalmente o médico, adota uma postura do detentor do saber, muitas vezes valorizada pela própria pessoa ou pela comunidade, desprezando o conhecimento popular e as características culturais das pessoas.

Observamos abaixo vários trechos retirados das entrevistas dos Conselheiros que reforçam este raciocínio ainda presente na comunidade.

O médico é muito importante na Saúde, se o agente fala, se o auxiliar de enfermagem fala, a população não dá muita credibilidade, mas quando o médico fala, isto ainda é uma cultura onde as pessoas têm a confiança no profissional médico (IPÉ).

... inclusive a função da enfermeira, porque o usuário chega no posto e não quer ser tratado pela enfermeira, ele quer o médico e grande parte das coisas as enfermeiras podem resolver, então está faltando esta orientação ao usuário, até onde a enfermeira pode atendê-lo e ele sair satisfeito sem ter que bater as portas do hospital (MOGNO).

O atendimento baseado na relação queixa-conduta, na assimetria da relação profissional e muitas vezes estimulada pelos mesmos, automatiza a relação usuário-trabalhador, foca na doença e não permite a construção de vínculos entre os atores do processo de trabalho, essencial neste novo modelo de trabalho que se preconiza no Programa de Saúde da Família.

Tal situação se agrava mais ainda pelo modelo de formação dos profissionais de saúde que se mantém distante do debate e da formulação das políticas de saúde (BRASIL, 2004, p. 5).

Convém lembrar também que sem a participação efetiva da comunidade neste novo processo de trabalho enfraquece-se a Política de Humanização, vista como uma proposta radical na autonomia e no protagonismo dos sujeitos (PASCHE, 2007).

Necessário então garantir o espaço dos usuários como co-responsáveis pela produção da saúde, estimulando-os a serem atores deste processo, onde o controle social é um mecanismo eficiente e democrático de implantação, avaliação e consolidação desta política.

Nas falas transcritas abaixo, observamos que esta participação comunitária ainda é incipiente, mesmo entre os profissionais de saúde, apesar de estimulada e reconhecida como passo importante dentro desta nova metodologia:

... estão estruturando reuniões de equipe..., que elas aconteçam, com a frequência que a gente procura que elas aconteçam, reuniões semanais de equipe... (CARVALHO).

***Ainda é reunião de equipe, esta reunião que estamos propondo que eles façam, é uma reunião de equipe para discutir problemas internos, e para discutir problemas deles com a comunidade também, ou questões que surjam ali em relação àquela comunidade, mas inicialmente uma reunião de equipe... (CARVALHO).***

Existe a proposta de reunião com a comunidade,... a necessidade de eles estarem se reunindo com a comunidade, que é uma coisa que falta... (CARVALHO).

... a comunidade fica mais esclarecida, saber qual é o trabalho ali naquela unidade, qual é o cardápio, você vem aqui para quê, como funciona um PSF... (CARVALHO).

### **5.1.2 Acesso aos serviços (PSF e sistema de referência)**

A universalidade da assistência, um dos pilares do Programa de Saúde da Família, somente começa a se efetivar a partir da reforma da Constituição em 1988.

Anterior a esta data, Cohn (2005) relata que o acesso aos bens de consumo coletivo não se constituía como direito universal, cabendo a estas pessoas um tratamento assistencialista prestado por um Estado patrimonialista e clientelista.

A partir de 1970, com o início da luta pela democratização do país, a agenda política passa a incluir além da luta pela garantia dos direitos civis e políticos, a inclusão dos direitos sociais, tendo em seu bojo a questão da universalidade do acesso aos bens coletivos como condição de cidadania.

Inicialmente a ampliação do atendimento aos serviços de saúde era patrocinada pelo Estado sob a tutela da globalização em ações focalizadas nos segmentos mais pobres da população associado com programas de distribuição de renda.

Com o fortalecimento dos movimentos de democratização e uma maior mobilização de grupos sociais, partidos políticos e entidades civis (CEBES, Abrasco, etc.), pode-se concretizar a agenda do movimento sanitário na Constituição de 1988, cujas propostas passavam bem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas de ajustes.

Concretiza-se assim a proposta de Universalização onde a atenção primária passa a ser a porta de entrada do Sistema. A garantia da continuidade do atendimento para os diversos níveis hierarquizados da assistência será suprida por um sistema de referência e contra-referência.

Giovanella (2003) também refere-se a estratégia do Programa Saúde da Família como porta de entrada do sistema de atenção, fala condizente com a dos Conselheiros transcritas abaixo:

... o objetivo do PSF quando foi criado era realmente esvaziara a entrada do hospital, que nós chamamos porta de entrada, que 80% dos problemas tem que ser resolvido no PSF, com isto esvazia o fluxo lá no hospital (MOGNO).

Eu acho que a assistência básica do PSF [...], realmente diminuiu o fluxo no hospital [...] a demanda cai em vista de ter dentro de cada bairro, distrito do município um PSF atendendo esta demanda que se não existisse o PSF, iria certamente para o hospital (JATOBÁ).

Além da garantia do acesso tornando o PSF a porta de entrada no sistema, deve-se oferecer uma resolutividade no atendimento que certamente contribuirá para fixar a população nos bairros.

Na fala do Conselheiro Ipê citada abaixo, podemos verificar o quanto a resolutividade diminui a ida ao hospital com conseqüente fixação da comunidade na área adscrita.

... e cito um bairro no qual estou mais presente que é a comunidade (suprimido o nome)... que volta e meia estava indo para Itaborá, hoje não, só vai para lá a referência, o encaminhamento da referência porque a equipe dali tá muito boa, então isto para a gente que está participando do Conselho, é muito bom, luta por isto, ver esta melhoria, este crescimento (IPÊ).

... mas o atendimento deles na comunidade tem facilitado muita a permanência da comunidade ali no PSF (IPÊ).

Nota-se a satisfação do Conselheiro ao mencionar esta comunidade que segundo ele atua de uma maneira resolutiva, uma vitória do Conselho na melhoria do atendimento a comunidade.

Contraopondo-se a fala transcrita acima, Teixeira (2006, p. 65) menciona que, apesar dos esforços em capacitação dos profissionais que atendem no PSF, estudos evidenciam uma baixa qualidade da atenção e efetividade na resolução de problemas comuns, usando como exemplo o controle das diarreias em menores de 01 ano e mortalidade infantil.

Cabe então verificar qual a percepção dos Conselheiros quanto a resolutividade no atendimento prestado pelas unidades de saúde da família do município de Itaboraí.

Algumas falas abaixo podem nos orientar a refletir sobre esta questão, senão vejamos:

... a criança quando chega não vem tão grave, a gestante já chega orientada.., os pacientes de Itaboraí, já chegam com orientações, até orientações muito boas..., o número de crianças com certeza diminuiu, ao nível de gestante elas estão chegando mais orientadas... (PALMEIRA).

***O atendimento a criança e ao idoso, portador de diabetes, hipertensão, este fica no bairro, aonde tem o PSF. Dificilmente vem mais para o hospital, ficando lá mesmo, a criança, e o idoso. O PSF está deixando estas pessoas mais no bairro (MAÇARANDUBA).***

***Dependendo se não for uma coisa muito séria, o médico da conta daquilo ali... (CARVALHO).***

... então em relação à questão do PSF, a comunidade está tendo mais assistência ali na comunidade (IPÊ).

Percebe-se pelas falas destes 04 Conselheiros que o Programa da Saúde da Família de Itaboraí atua de certo modo com resolutividade na assistência para a população de Itaboraí.

Um fato importante para aumentar esta resolutividade é mencionado por Giovanelli *et al.* (2003, p. 287) ao relatar experiências de diversas cidades brasileiras que constituíram equipes de supervisão para atuar junto com as equipes da atenção primária.

Nas falas abaixo transcritas, notamos que esta experiência também está presente em Itaboraí, o que sem dúvida repercute positivamente na resolutividade das equipes.

... as coordenações dos programas que ficavam aqui, quem é o cliente delas tá lá, é 70% da população, para quem que estas coordenações estão trabalhando... (CARVALHO).

... estruturações de uma supervisão conjuntas são os coordenadores de programa, agregando junto aos supervisores antigos do PSF, supervisores de clínica, ginecologia, pediatria, então formamos uma grande supervisão... (CARVALHO).

... esta capacitação do profissional é que vai fazer com que ele possa dar um bom atendimento à população que o procura, um profissional capacitado é um profissional apto a atender o público (JATOBÁ).

Entretanto, as falas abaixo dos Conselheiros Mogno e Jatobá nos remetem as dificuldades que o município de Itaboraí enfrenta na implantação e consolidação do PSF, em especial a ausência de vínculo com a comunidade e estrutura física deficiente ou até mesmo ausente, acarretando um maior fluxo ao hospital.

Mas muitas vezes falta médico... esta falta de médico é um grande problema no nosso PSF (MOGNO).

***A questão é que quando este profissional não tem um vínculo empregatício muitas das vezes inadequado a sua profissão, então quer dizer ele não leva aquilo talvez com muita seriedade, talvez porque ele está sendo destituído dos seus direitos trabalhistas, enfim na medida em que ele encontra outro local que lhe dê uma condição melhor de ganho, de condições de trabalho, este profissional como ele não tem vínculo nenhum com aquela comunidade, parte para uma situação melhor para ele (JATOBÁ).***

Eu visitei vários PSF... e vários deles não tinham lugar para fazer curativo, aí mandava para o hospital (MOGNO).

Além do pouco vínculo e estruturas precárias mencionadas pelos Conselheiros como uma dificuldade, Teixeira (2006, p. 76) enfatiza para melhorar a resolutividade das ações do PSF a importância da requalificação dos profissionais com formação de competências voltadas para a análise permanente da situação de saúde, o que se comprova na fala abaixo:

***... hoje não existe na cabeça do profissional, que vem trabalhar no PSF, a responsabilidade social que ele tem com a sociedade, o compromisso que ele tem com aquela comunidade... ainda não existe a consciência política social... (JATOBÁ).***

Hoje não existe uma formação acadêmica de um médico especializado no PSF... assim como os outros profissionais... o enfermeiro, não tem uma visão maior do que significa PSF, que é muito mais que um atendimento médico, ou seja, ambulatorial... (JATOBÁ).

Apesar das dificuldades relacionadas acima, fica claro nas falas dos Conselheiros a importância que eles atribuem ao PSF para a diminuição do fluxo no hospital, proporcionando atendimentos que nos parece de forma resolutivas.

Para Giovanella *et al.* (2003, p. 280), o Programa Saúde da Família vem sendo visto como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção com vistas a uma atenção primária resolutiva.

No tocante a uma atenção primária resolutiva, que funcione como porta de entrada ao sistema, podemos perceber pelo conteúdo das falas dos Conselheiros que esta questão está de certa forma encaminhada no município.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência, algumas dificuldades são relatadas pelos Conselheiros e novamente a questão dos recursos humanos se sobressai ainda mais intensamente, conforme verificamos nas transcrições abaixo:

Somos garantidos para todas as especialidades que nós temos aqui, nós temos quase todas as especialidades, e somos garantidos também dentro do número da nossa possibilidade, hoje temos falta de cardiologistas (CARVALHO).

... o número de especialistas, digamos cardiologistas, ortopedista ainda seja pequeno para a quantidade de população que nos temos... (PALMEIRA).

... o cara não queria trabalhar no serviço público, eles vão se especializando, ortopedista da mão, sei lá agora do dedo, então, este cara estuda muito, então no serviço público ele acha que não vai ter nenhum avanço (CARVALHO).

... o que falta hoje no nosso município não é nem a boa vontade de acertar; é a falta realmente de profissionais, por exemplo, nós tivemos há algum tempo atrás, a deficiência de pediatras (JATOBÁ).

A questão da infra-estrutura também apareceu na fala do Conselheiro Ipê, porém, ao contrário da atenção primária, aqui a infra-estrutura é garantida, mas não existem profissionais lotados nestas unidades confirmando o problema de recursos humanos.

... os hospitais estaduais têm um potencial físico condizente, com equipamentos e sem utilização, haja vista nosso hospital João Batista Cafarro, um hospital regional... (IPÊ).

... mas temos aqui UTI que não está sendo utilizada e a maternidade que não está sendo utilizada (IPÊ).

Além das dificuldades relacionadas acima, convém mencionar ainda a questão financeira e o aumento da demanda como conseqüência direta da instalação do Pólo Petroquímico de Itaboraí conforme transcrições abaixo:

... a gente que está no Conselho tem uma visão diferente, até das pessoas que estão fora na comunidade, que é a questão do teto financeiro, porque o SUS é universal, mas tem a questão do teto financeiro, da planilha de custo, isto interfere nesta frequência de atendimento (IPÊ) (Questão PPI).

... então a gente tem uma demanda maior do que a gente pode dar acesso, e isto tem sido para a gente um outro desafio, a população aumentando de uma forma, agora então em Itaboraí a gente não consegue nem mensurar (agora com o pólo) exatamente, tem gente falando que fica na esquina e vê 12 caminhões de mudança passar, e os médicos do PSF estão sinalizando para a gente que estão atendendo pessoas que eles nunca viram, mas estão na área cadastrada (CARVALHO).

Apesar das dificuldades relatadas, convém lembrar que o PSF em Itaboraí é bastante recente e houve uma grande melhoria no setor secundário, principalmente no Hospital Municipal e na Policlínica, conforme relatos abaixo:

... também a gente está falando de um município que começou tudo isto há pouco tempo, o PSF tem 05 anos, então esta estruturação toda não existia, a policlínica, as especialidades, no próprio hospital não existia a estrutura de agora... (CARVALHO).

... o PSF de Itaboraí eu acho que ainda é uma criança que está começando a andar, ainda não esta andando sozinha, ainda precisa de muito... (MAÇARANDUBA).

Segundo Starfield (2002 *apud* Giovanella *et al.*, 2003, p. 279) serviços com porta de entrada definida pela atenção básica, com resolutividade da mesma e

integração ao restante da rede de assistência, proporcionam uma atenção (cuidado) de melhor qualidade e menos onerosa.

## 5.2 A COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Segundo Moraes (2007), a apropriação de conhecimentos e informação está relacionada ao acúmulo da força política o que amplia a capacidade argumentativa nos espaços democráticos, onde destacamos os Conselhos de Saúde.

Entretanto, somente a apropriação não é suficiente na luta pela melhoria da saúde, principalmente em nosso país crivados de desigualdades de todo tipo. Deve-se dispor de um sistema de comunicação eficaz.

A comunicação é vista como um instrumento para levar uma mensagem/informação pronta e acabada, sem dar importância aos contextos, realidades e interesses em que esta mensagem/informação foi gerada. Assim, possíveis discordâncias ou dificuldades de assimilação passam a serem consideradas como ruído de comunicação.

Segundo Cardoso (2007, p. 47), ainda predomina na saúde o entendimento de que "a comunicação é apenas a ação de transmitir informações ou idéias de um pólo emissor para um pólo receptor".

Oliveira (2004) alerta sobre uma política informacional, onde o detentor do poder, muitas das vezes o Estado, seleciona qual a informação que deva ser transmitida e uma outra política comunicacional, dos questionamentos e da negociação dos sentidos.

Necessário se faz então que se estabeleçam processos comunicacionais para compreensão dos significados das informações produzidas em linguagem adequada, que desnudem/descortinem os condicionantes e os determinantes da situação vivenciada pelos cidadãos em suas localidades de moradia e trabalho. (MORAES, 2007, p. 19)

Esta preocupação com a informação e com a comunicação dentro dos Conselhos Municipais de Saúde iniciou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tornando-se um dos eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em face de sua importância dentro do contexto do controle social exercido nos Conselhos.

Para que os atores do controle social possam de fato exercer e divulgar para a sociedade suas ações, estabelecendo um fluxo comunicacional dialógico, foi proposto durante a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que o Conselho Nacional de Saúde definisse e elaborasse políticas articuladas de comunicação e informação em saúde.

Para tal, reativou-se em 2005 o Conselho da Comissão Intersetorial de Comunicação em Saúde (CICIS) que reafirmou os compromissos de democratização da informação para um efetivo controle social.

O CICIS promoveu durante o ano de 2005 diversos seminários com a preocupação de criar outros modelos e práticas mais coerentes com o conceito ampliado de saúde e com os pressupostos da descentralização, participação e

controle social. Esta construção mobilizou diversos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde no país.

Dentre as ações propostas pelo CICIS, destacam-se: Capacitação dos Conselheiros divididos em 02 módulos, o 1º sendo de Introdução a Informática e Acesso a Internet, e o 2º sendo de Módulo de Comunicação, Informação em Saúde e Controle Social, dentro do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos; Distribuição de computadores, com *software* livre, para os Conselhos que aderirem ao programa; Capacitar as Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos Estaduais e Municipais; Encaminhar semanalmente via e-mail o Informativo Eletrônico para os Conselhos de Saúde; Publicação de Experiências a partir de êxitos em Comunicação e Informação em Saúde desenvolvida por Conselhos Estaduais e Municipais; Ampliação do "fique atento", informativo produzido pela assessoria de comunicação do CNS de periodicidade trimestral que aborda temas de relevância nacional.

Algumas destas propostas serão observadas a seguir na análise das quatro subcategorias, apresentadas a seguir.

### **5.2.1 Relevância da informação e o papel dos Conselheiros**

Pretendemos nesta subcategoria mostrar a importância da apropriação de informações contextualizadas pelas condições de vida da população. Relataremos as dificuldades encontradas pelos Conselheiros Municipais no processo de democratização destas informações e a implantação das propostas emanadas da Conferência.

Mostraremos que apesar de haver uma centralização das informações no Conselho, a maioria dos Conselheiros considera importante o repasse destas informações geradas e o fazem de uma maneira isolada e por conta própria, não se utilizando de meios mais eficazes.

Para bem exercerem sua prática política, os Conselheiros que representam os diversos segmentos da sociedade, necessitam de conhecimentos e informações, que possam aumentar sua capacidade argumentativa dentro do espaço democrático do Conselho. Segmentos mais articulados e com maior poder de informação, tem maior poder de argumentação o que facilita alcançar os objetivos de sua luta política.

Segundo Moraes (2007), os participantes dos movimentos sociais, especialmente os da área da saúde, perceberam a importância da questão da informação em saúde, destacando-se a importância de se contextualizar a geração/produção destas informações, onde as relações sobre condições de vida e o processo saúde/doença tem sua maior relevância.

Sua apropriação pelos Conselheiros e pela população em geral subsidia o exercício do Controle Social. Desta forma, ao se conhecer e se apropriar de informações contextualizadas das verdadeiras dimensões dos problemas de saúde, os atores responsáveis pelo Controle Social não se sentirão atendidos nas suas reivindicações por medidas paliativas, muitas das vezes mais onerosas.

Notamos a preocupação dos Conselheiros de Itaboraí em desempenhar seu papel dentro do Conselho quanto a sua verdadeira função, que muitas das vezes é exercida como meramente fiscalizadora, deixando em plano secundário as discussões sobre as questões de saúde, o que realmente importa na construção do

conhecimento, subsídio para se conquistar avanços na melhoria de saúde da população.

Esta distorção da verdadeira função do Conselheiro foi relatada por Oliveira (2007) afirmando que em muitos cursos de capacitação enfatiza-se a questão fiscalizadora em detrimento da formação cidadã, mais voltada para a ética pública e as contrapartidas para o seu exercício, requisito fundamental para a atuação do Conselheiro em qualquer segmento.

Esta distorção que nos fala Oliveira está presente na fala do Conselheiro Jatobá, mostrando a preocupação do Conselheiro na sua verdadeira função em relação ao controle social:

***... as pessoas que integram o Conselho, não todas, têm uma visão muito distorcida do que é Conselho Municipal de Saúde, elas se colocam no poder de gerenciamento da saúde, o Conselho não tem poder de gerenciar a saúde, ele é um órgão deliberativo e consultivo do gestor e também propositor, porque ele vai propor ações na saúde, claro que ele tem também a prerrogativa de ser um órgão fiscalizador... (JATOBÁ).***

Assim, estimula-se uma ação fiscalizadora, em detrimento de uma atuação cidadã no Conselho, onde seus membros apoderando-se das informações, podem através do debate respeitoso e democrático defender os interesses de seus segmentos visando bem o estar público e comunitário.

Esta distorção também está presente nas comissões criadas no Conselho, que repetem o caráter meramente fiscalizador, sem participação dos Conselheiros na condução da política travada dentro do Conselho, como verificado na fala do Conselheiro Palmeira abaixo descrita:

... poderia decidir junto, por que a secretaria com certeza tem outras situações, outras visões, mais o Conselheiro poderia participar até para entender o porquê, por que está indo para outra situação, eu e meus colegas da comissão também sentimos assim, a gente fica meio que impotente, não consegue avaliar direito, a gente queria participar mais das decisões, mas eu acredito que vai chegar até lá porque o Conselho é novo ainda, aos pouquinhos vai chegando (PALMEIRA).

Com o rico exercício das articulações e negociações inevitáveis para se obter consenso sobre temas estratégicos e entre as diferentes demandas dos segmentos representados nos Conselhos, cria-se novos coletivos que segundo Rodrigues (2000), “vão construindo uma nova cultura política, que busca informações, analisa, avalia, formula estratégias e controla a execução da política de saúde”.

Não se admitem então que os Conselhos possam ser meramente instituições por forma e como vitrine de decisões democráticas. Uma ilusão de transparência, participação e democracia (CARVALHO, 1997, *apud* OLIVEIRA, C. O., 2007, p. 30).

Para que tal não ocorra, é necessária que os Conselheiros retornem para suas entidades a deliberação aprovada, bem como as discussões emanadas por estas deliberações objetivando mobilizar e conquistar as forças populares, objeto de proposta na Conferência Municipal.

Esta preocupação é colocada pelo Conselheiro Jatobá, abaixo transcrita, como uma carência do Conselho de Itaboraí em explicar para a população local qual a importância deste instrumento político na luta pela melhoria do SUS e das condições de vida da comunidade:

... muitas das pessoas não conhecem nem o que é o Conselho, ai eu acho que a gente peca quando não coloca, não divulga para estas comunidades o que é o papel do Conselho, papel do Conselheiro, para que serve o Conselho na nossa comunidade (JATOBÁ).

Entretanto, observamos que, apesar da dificuldade em difundir e trabalhar estas informações com as comunidades, muitos dos Conselheiros optam por fazê-lo de uma forma incipiente, porém provida do propósito de divulgação, de

disseminação das informações do Conselho para a comunidade, como observamos na fala abaixo:

... este é o papel que a gente tem que ter, não é reter informações, às informações têm que ser passadas para aqueles Conselheiros que viram que serão Conselheiros futuros aqui no nosso município (JATOBÁ).

Torna-se claro este propósito igualmente na fala do Conselheiro Mogno, mostrando que o Conselheiro o faz de uma maneira não oficial, sem o respaldo do Conselho:

... cada um procura de sua forma, sua maneira, levar isto para sua comunidade, mas não de uma forma oficial (MOGNO).

Outro depoimento confirma a fala do Conselheiro Mogno, onde as divulgações das informações são feitas de maneiras aleatórias para diversos segmentos da sociedade na qual o Conselheiro tem uma maior penetração.

Podemos observar na fala abaixo do Conselheiro Ipê, sua preocupação em repassar as informações e deliberações na sua área de atuação profissional por falta de espaço em sua comunidade:

... quase não repassa, e aqui (na comunidade) quase não há reunião, eu passo mais pela Escola, nas reuniões de pais, aos alunos, no projeto escola aberta que eu fico aqui... (IPÊ).

Nota-se nestas falas que as informações são repassadas de maneira aleatória por alguns Conselheiros, sem Coordenação do próprio Conselho, como era de se esperar em função da proposta apresentada e aprovada na Conferência Municipal.

Estas iniciativas dos Conselheiros de Itaboraí mostram a importância dada por eles para que as divulgações sejam realmente repassadas para a comunidade, onde as associações de moradores têm importância fundamental neste processo.

Entretanto, esta divulgação novamente se faz por conta dos Conselheiros sem uma atuação conjunta e determinada pelo próprio Conselho, como observamos na fala do Conselheiro mogno:

Olha, eu acho que isso depende do trabalho de cada Conselheiro nas suas associações, mas do próprio Conselho pra fora, não (MOGNO).

Mas para que as divulgações das informações emanadas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí possam eficazmente chegar as comunidades, que instrumentos devem ser utilizados?

### **5.2.2 Instrumentos de divulgação**

Esta subcategoria descreve as ferramentas necessárias para o fortalecimento de uma política de informação, instrumento necessário aos Conselhos de Saúde para uma prática eficaz do Controle Social através da democratização do acesso as informações.

Quais são os instrumentos eficazes de divulgação das informações? Que recursos os Conselheiros de Itaboraí estão usando para efetivar sua comunicação com as comunidades representadas por eles? Estas perguntas tentaremos responder nesta subcategoria, evidenciando quais são os instrumentos comunicacionais até então usados, sua eficácia na transmissão das informações e que outros meios possam ser implantados buscando uma melhor comunicação e difusão das informações e deliberações do Conselho.

Especial atenção será dada nesta subcategoria quanto à importância dos meios de comunicação, principalmente as rádios comunitárias e a contribuição que o projeto OBORE desenvolve para o fortalecimento das vias comunicacionais, respeitando as individualizações dos problemas locais, despertando assim o interesse das pessoas da comunidade. Mostraremos em que estágio está a apropriação deste instrumento pelo Conselho de Itaboraí.

Também descreveremos a importância da criação do setor de comunicação do Conselho e como está o estágio de implementação deste. Relataremos a importância deste instrumento na consolidação do processo comunicacional do Conselho e suas principais atribuições.

Na proposta de Resolução do Conselho Nacional de Saúde, no seu artigo 2º, princípios gerais para uma política pública de comunicação entre governo e sociedade, mencionam como forma de divulgação, “priorizar, entre outros, os espaços mediadores das escolas, das Unidades de Saúde, das associações comunitárias, dos movimentos sociais, das prefeituras, bem como meios e estratégias diversificadas como jornais, vídeos, teatro, rádios e TVs comunitárias, oficinas, cordel, cartilhas e muitas outras”.

Como relatado acima, podemos observar que vários Conselheiros já reproduzem no seu meio social muito das formas propostas de divulgação e pelas falas transcritas abaixo de diversos Conselheiros que praticam outras formas eficazes de divulgação:

... poderia sim, através do jornal. Eu acabei de pedir aqui ao Conselho mais divulgação através de adesivos, folder, outdoor etc. (MAÇARANDUBA).

***Porque uma das coisas que já apontamos foi criar o site do Conselho, para a gente publicar isto no site, porque a publicação em um jornal às vezes demora (IPÊ).***

... porque o povo não entende bem a função do PSF, esta é uma realidade que eu sempre debatia no Conselho, nós devíamos melhor esclarecer a população através de prospectos a função do PSF... (MOGNO).

Outros importantes aliados na forma de divulgação são as emissoras de rádio e TVs. Porém, como citado por GOMES e col. (2007) a maioria das empresas jornalísticas, atreladas a vínculos políticos e econômicos e focadas as lógicas da globalização, tiram seu foco das grandes questões nacionais e locais.

Além disso, estes temas quando tratados agregam pouco significado ao repertório de seus leitores, pois na maioria das vezes os assuntos, especialmente na área social, não são contextualizados.

O rádio no Brasil está presente em 90% dos lares e é acessível à quase totalidade da população, mas pouco envolvido com as questões emergenciais que desafiam o país (GOMES, 2007).

Para tentar estimular e suprir a carência do uso das rádios e outros meios de comunicação foi criado o projeto OBORE (Projetos Especiais em Comunicação e Arte), iniciativa de uma cooperativa de jornalistas e artistas para colaborar com os movimentos sociais e de trabalhadores urbanos na divulgação de conteúdos comunicacionais, culturais e educativos.

Sua proposta inovadora e diferencial está no fato da produção de informações contextualizadas, estabelecendo as condições para criação de um fluxo comunicacional que possa produzir transformações sociais a partir das discussões e propostas emanadas do Conselho Municipal.

Outros temas de interesse das comunidades também poderão ser abordados desta maneira, aproximando os meios de comunicação, principalmente o rádio, dos problemas reais de seus ouvintes, que teria condições imediatas de trazer o veículo

para mais perto das políticas públicas, sem abandonar as principais características do rádio atual (GOMES, 2007).

Estas preocupações de difundir as resoluções do Conselho usando-se as rádios comunitárias estão presentes nas falas dos Conselheiros abaixo transcritas:

... um jeito de fazer isto através da imprensa local, através das rádios comunitárias, do uso de folders, prospectos, mas tinha que ser feita (MOGNO).

... a idéia que nós temos e repassar estas informações para outras rádios, as demais rádios comunitárias, mas primeiro vamos fazer uma experiência (IPÊ).

Quanto ao uso da Caixa de sugestão, podemos observar nas falas diferentes opiniões quanto a sua implantação, como transcrito abaixo:

Não existe isso não, a própria pessoa, na figura do Conselheiro traz quando existe alguma queixa... (PALMEIRA).

Não, na minha unidade, a administradora colocou uma caixa, só que ele estava fazendo para as sugestões dela (MAÇARANDUBA).

Para uma eficaz política de comunicação do Conselho, se faz necessário a criação do setor de comunicação, conforme previsto nas propostas de resoluções do Conselho Nacional de Saúde encaminhadas e debatidas na 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Esta política de comunicação está relatada no artigo 7º do documento final da 11ª Conferência Nacional.

Entre suas atribuições estariam a criação e manutenção de mecanismos de informação e interlocução com os setores da sociedade que representam e as suas bases; atuação como multiplicadores para o despertar da importância e do poder dos Conselhos de Saúde; participação efetivamente dos movimentos sociais e contato direto com os usuários e cidadãos que representam entre outras funções.

A preocupação com a criação do setor de divulgação do Conselho, está expressa na fala do Conselheiro Ipê, transcrita abaixo:

*... já tem uma preocupação da gente reorganizar o organograma do Conselho, em termo de comunicação, que é o setor de comunicação do Conselho, porque até então nós dependemos do setor de comunicação da prefeitura, que não nos acompanha, só mesmo eventos do prefeito, mas o dia-a-dia da saúde não tem. Tem eventos que nós realizamos e o setor de comunicação não esta presente (IPÊ).*

A criação do setor de divulgação será sem dúvida um passo importante dentro da estrutura organizacional do Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí, como já ocorre em outros Conselhos Municipais e Estaduais (CARDOSO, 2007).

### **5.2.3 Importância das Associações de Moradores**

Nesta subcategoria mostraremos a importância que a Associação de Moradores representa no processo de democratização e discussão dos problemas de saúde das comunidades, através das leituras e discussões das propostas oriundas do Conselho em suas reuniões locais. Descreveremos a importância que os Conselheiros atribuem as associações como parte do processo democrático para difundir noções sobre o Sistema de Saúde do município de Itaboraí e como ele está implantado no município.

As propostas de Resoluções encaminhadas pelo Conselho Nacional de Saúde para a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde já apontavam para a participação das entidades populares nas discussões do Conselho, sejam elas legalmente constituídas ou não, todas legítimas pelo seu trabalho desenvolvido junto às populações por elas representadas.

Esta participação da Associação dos Moradores de Itaboraí esta expressa na fala do Conselheiro Ipê, transcrita abaixo:

Até 2005 a FAMI não tinha rotina de reuniões. Mas de 2005 para cá, mudou a direção da FAMI com reuniões freqüentes e a presidenta da FAMI..., solicitou que toda a discussão do Conselho que a ATA fosse para lá para que todas as outras associações tomassem ciência do que está se passando no Conselho (IPÊ).

Todas estas iniciativas dos Conselheiros, apesar de isoladas e praticadas individualmente por cada Conselheiro, representam um primeiro passo para alcançar a proposta advinda da Conferência Municipal de Saúde, e estão de acordo com as Resoluções para a 11ª Conferência Nacional de Saúde, no seu capítulo 3, “Por uma agenda em comunicação para os Conselhos de Saúde”, no subitem “organização/funcionamento dos Conselhos” que coloca como uma das funções dos Conselhos, a Integração destes com a população através de campanhas de divulgação, de valorização e conhecimento das funções do SUS, entre outras, condizentes com a preocupação já manifestada pelo Conselheiro Mogno, transcrita abaixo:

Para a associação de moradores, como já disse, eu levava para a presidente da minha associação explicar o que é o PSF, o que é SAMU, o que é SUS, que o povo até hoje não sabe o que é SUS, e eles tinham que ter conhecimento que o SUS é o Plano de Saúde deles, que atende do pobre ao rico (MOGNO).

Cabe aqui ressaltar também uma preocupação dos Conselheiros de Itaboraí, no sentido inverso da comunicação e da participação, qual seja a participação da

comunidade nas reuniões do Conselho, que pelas falas abaixo transcritas estão aquém do que verdadeiramente possa expressar-se em um Controle Social:

***A comunidade tinha que saber o que se passa lá dentro. Apesar de que, eu e todos os companheiros de Conselho, e em qualquer oportunidade, chamávamos a comunidade para reunião do Conselho, que a reunião era aberta, podia falar, mas não podia votar. Todos os Conselheiros faziam isto em qualquer oportunidade que aparecesse. Mas a comunidade nunca se interessou (MOGNO).***

Não existe isso não, a própria pessoa, na figura do Conselheiro traz quando existe alguma queixa, e já aconteceu também do próprio morador trazer esta queixa... (PALMEIRA).

O povo teme. Acha que vai ter represarias. Isto, o Conselho sempre convidou o povo para ir lá. Todos Conselheiros convidavam, nas reuniões, na própria Conferência. Para o SUS funcionar a comunidade tinha que participar, mesmo com a reclamação... (MOGNO).

Evidentemente que a participação comunitária nos Conselhos se faz através de suas associações e representantes. Porém as falas acima mostram a importância que os Conselheiros têm a partir da participação direta das pessoas, que em muitos momentos poderiam servir como catalisadores em suas associações.

Oliveira (2007, p.37) relata ainda a atrofia da relação Conselho versus Comunidade, onde a população quando quer reclamar procura outros meios que não a via do Conselho (Prefeito, secretário de saúde etc.), que segundo o autor, "a interação Conselho/Sociedade é demasiadamente fraca ou inexistente devido aos poucos canais de comunicação utilizados para esta finalidade".

As falas abaixo confirmam as questões levantadas por Oliveira:

***A participação é muito pequena, e quando cisma de querer ir, vai agredindo todo mundo, quebrando tudo (MAÇARANDUBA).***

A via mais fácil seria ir direto ao Conselho, o Conselho é porta aberta. Alguns casos ocorreram, mais foram esporádicos... (MOGNO).

#### **5.2.4 Capacitação e Educação Permanente**

A responsabilidade dos Conselheiros em deliberarem sobre as políticas de saúde ao nível dos Conselhos municipais, garantia expressa na lei 8142/90, obriga-os a apropriar um mínimo de conhecimento acerca das questões do Controle Social exercido por eles.

Antes porém gostaríamos de apenas mencionar aqui qual seja a verdadeira função do Conselho, se deliberativa ou meramente consultiva, discussão que não nos remeteremos neste trabalho, apenas sinalizando, pois achamos que se trata de um ponto importante na condução do processo do Controle Social.

Corroborando a importância de apropriar-se do mínimo de conhecimento, Oliveira (2007, p. 31) relata que "as profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos Conselhos, reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre seus membros e por conseqüência a prática do controle público".

Para um equilíbrio mínimo entre os atores sociais em relação a estas desigualdades materiais e simbólicas e reconhecendo que os Conselhos representam espaços de manifestações conflitantes, necessário se faz que estes atores sejam capacitados para o bom desempenho de suas funções ocupando de maneira satisfatória os espaços para os quais foram legalmente conduzidos.

O processo de capacitação dos Conselheiros começa em abril de 1995 quando da realização do 1º Congresso Nacional de Conselho de Saúde patrocinado pelo Conselho Nacional de Saúde, reunindo representantes dos Conselhos

Estaduais, Municipais e entidades do movimento popular e sindical contando com o apoio da academia, denominado na época de Formação de Conselheiros de Saúde.

A partir deste momento, várias experiências foram desenvolvidas pelo Brasil, destacando-se o Projeto Nordeste que produziu o “Guia do Conselheiro” propulsor de demandas em todo território nacional.

Estas demandas dão origem as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde, documento elaborado com a participação de representantes do Programa de Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, de Universidades, de Organizações não governamentais, de trabalhadores, das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que passam a ser referenciais para diversas capacitações de Conselheiros, realizadas no período de 2000 a 2004.

Em setembro de 2005, o Conselho Nacional de Saúde delibera as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), pela resolução CNS 354/2005, abrindo um processo de debate e diálogo com a sociedade através dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, pela realização de diversos encontros regionais.

Nestes encontros foram debatidos e apresentados os resultados do processo de capacitação realizado no período de 2000 a 2004, com as experiências dos Conselhos surgiram diversas questões que passaram a ser subsídios para a criação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.

Todo o material oriundo destes encontros dá lugar então a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS).

De uma maneira geral, conceituamos educação permanente como processos de aprendizagem no trabalho (Conselho de Saúde) a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, enunciando problemas e necessidades de intervenção.

Esta aprendizagem ocorre no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos envolvidos; consideram as necessidades sentidas, as condições e as oportunidades ao longo da vida.

Assim, torna-se oportuno e urgente desencadear processos de educação permanente que possibilitem não somente a compreensão organizacional do SUS e suas diretrizes, como também o entendimento do conceito ampliado de saúde por parte dos atores envolvidos no processo do Controle Social.

A fala do Conselheiro Jatobá abaixo ilustra estas afirmações:

***... a pessoa entender o que é conta, o que é lei complementar, a lei de responsabilidade fiscal, enfim todas as coisas que um Conselheiro tem que estar inserido tem que estar atento... (JATOBÁ).***

... a saúde não é só dar o medicamento ao paciente, não é somente assistir aquele paciente na sua patologia, a saúde é um todo, então ai que vem a transversalidade, a questão ambiental, a questão de trabalho, a questão da educação, então a gente vê hoje no PSF que trabalhar em saúde, é trabalhar todo o setor... saúde é muito mais que aquele tratamento... (JATOBÁ).

No município de Itaboraí, esta capacitação ocorreu no ano de 2002, através do Programa Nacional de Fortalecimento do Controle Social como podemos observar na fala do Conselheiro Ipê:

O Conselho não tem tido esta capacitação como curso, exceto a de 2002 pelo Conselho Nacional de Saúde, que pontuou e custeou só neste momento (IPÊ).

Apesar de ter realizado apenas uma capacitação, outros depoimentos justificam a importância que os Conselheiros atribuem a estas capacitações, como observamos nas seguintes falas:

... houve uma capacitação de nosso Conselho pelo Estado do Rio, é isto dizia na naquela que até aquela capacitação eu era Conselheiro de um olho só, e depois daquela capacitação passei a ser um Conselheiro de 2 olhos... (MOGNO).

... este pólo de educação permanente que é importantíssimo para os Conselheiros... (JATOBÁ).

... sem capacitação o individuo não pode nada. Ele não pode pegar um automóvel, por exemplo, sem ele se capacitar para dirigir aquele automóvel (JATOBÁ).

Podemos observar nestes depoimentos a importância dada ao processo de capacitação, a ponto do Conselheiro Mogno compará-lo ao sentido da visão.

Na fala do Conselheiro Mogno abaixo, também observamos a importância dada à capacitação para os novos Conselheiros, que ao assumirem seus mandatos, possivelmente, encontram-se não capacitados para exercer suas funções:

... e eu sempre preguei junto com outros companheiros, porque o Conselho se renova, mas em 2005 ocorreu uma grande renovação do Conselho, quer dizer, 50% eram capacitados e os outros não (MOGNO).

Apesar da importância dada ao processo, podemos notar nas falas abaixo, que diversos fatores dificultam a continuidade deste processo, senão vejamos:

... já houve até proposta dentro do próprio Conselho para uma capacitação geral da turma, mas aí foi colocado em votação, outras entraram na votação e a prioridade foi para outras questões, foi até aprovado, mas ficou para mais adiante (PALMEIRA).

Na fala do Conselheiro Palmeira fica evidente que apesar da prioridade para realização de cursos de capacitação dos Conselheiros, conforme resolução tirada durante a Conferência Municipal de Saúde, outras prioridades dificultaram a sua efetivação, tendo o Conselho desde a sua formação apenas um curso de Capacitação.

Entretanto, em função da dinâmica do controle social, com a eleição de novos membros a cada 02 anos e o surgimento de novas demandas sociais no

entendimento do conceito ampliado de saúde, torna-se importante que o processo de educação permanente esteja sempre em constante construção e atualização, recomendação presente na Política Nacional de Capacitação Permanente e verificada na fala do Conselheiro Mogno a seguir:

Então eu pregava lá, junto com outro companheiro, que esta capacitação tinha que ser cada período de Conselho [...] que o (menciona o nome de um Conselheiro) tem condições de fazer uma capacitação, pra quem está entrando... (MOGNO).

... tinha condições de fazer o curso de capacitação para aqueles que entraram, agora vai entrar uma nova turma, então este pessoal já devia ter no começo do ano uma capacitação (MOGNO).

Outro aspecto importante e mencionado na Política Nacional diz respeito à capacitação dos Conselheiros pelos próprios Conselheiros já capacitados, como observado na fala acima, fato importante para aqueles Conselhos com verba insuficiente para capacitar um maior número de Conselheiros, além de promover e incentivar a construção coletiva do conhecimento.

Na fala abaixo verificamos a preocupação com o fato desta prática não ser corriqueira entre os Conselheiros do Município de Itaboraí:

... parece-me que houve capacitação, mas tinha poucas vagas, 2 ou 3 vagas, alguma coisa assim, essas pessoas foram, assistiram as reuniões, mas não repassaram para a gente, isto aí está falho... (PALMEIRA).

Pelas diretrizes, os Conselhos de Saúde são responsáveis e transferidores da a implantação e fomento de programas de capacitação com a participação de diversos atores sociais, e, sobretudo ressaltando a importância da figura do “multiplicador”, o próprio Conselheiro, que ao se capacitar transmite e difunde sua experiência para os demais Conselheiros, interagindo entre si e construindo um saber e respeitando as características culturais de cada localidade.

Sua operacionalização deve envolver outras instituições afins, como Universidades, Escolas Técnicas, Organizações Não Governamentais e outras organizações sociais que atuem na área de saúde.

Deve-se respeitar as realidades locais e garantir uma carga horária compatível que possa atender aos participantes, preocupação evidente na fala abaixo:

a gente não tem tempo para isto[...] é uma sobrecarga maior de trabalho que nós temos[...] a maioria dos Conselheiros também acontece isto, alguns conseguem[...] mas a maioria não consegue não (PALMEIRA).

Cabe lembrar que a resolução 333/2003 garante ao Conselheiro de Saúde a dispensa, sem prejuízo, do seu trabalho, para participar de reuniões, eventos, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde (BRASIL, 2003).

Observa-se, portanto, que apesar de definido na Conferência Municipal de Saúde em 2005 não houve outras capacitações além da efetuada em 2002. Além disso, os poucos Conselheiros que foram capacitados não atuaram como multiplicadores repassando as informações para os demais Conselheiros.

Nota-se a preocupação dos Conselheiros mais antigos quanto ao processo de capacitação para os novos Conselheiros na próxima gestão que se inicia em 2008, onde houve uma grande renovação dos quadros de Conselheiros.

## CONCLUSÃO

Que caminhos foram percorridos pelos Conselheiros Municipais de Saúde de Itaboraí durante seu mandato de 2005 a 2007? Que dificuldades foram encontradas ao longo deste caminho? Que propostas foram implementadas no exercício do Controle Social?

Muitas dificuldades foram encontradas. Algumas delas superadas, permitindo avançar nas propostas da VI Conferência Municipal de Saúde; outras não, adiando sonhos, proposições.

Os resultados obtidos pela análise do material das entrevistas puderam nos mostrar um pouco da dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí em relação as suas proposições, em especial as emanadas da referida Conferência.

A partir deste estudo podemos conhecer um pouco das dificuldades e conquistas dos Conselheiros no caminho em busca do efetivo apoderamento do Controle Social, instrumento valiosíssimo colocado à disposição da Sociedade.

No entanto, estes atores estão só começando a demarcar este novo caminho para nossa sociedade, onde os indivíduos possam de fato lutar por suas necessidades de saúde visando uma melhoria nas condições de vida.

Certamente, este caminhar será percorrido e com menos dificuldades com a Capacitação dos Conselheiros, proposta originada a partir da VI Conferência. Conselheiros capacitados podem ter maior poder de argumentação, podem defender seus parceiros, principalmente os Conselheiros do segmento dos usuários, que em relação a outros segmentos do Conselho, como os profissionais de saúde, que é uma categoria mais organizada, se sentem a partir desta capacitação mais preparados.

Neste aspecto houve deficiência no processo de capacitação permanente junto aos Conselheiros do Município de Itaboraí, pois somente alguns Conselheiros reeleitos na VI Conferência estão capacitados. Vale ressaltar que esta capacitação ocorreu no ano de 2002, único momento em que o curso foi oferecido no município, mesmo assim patrocinado pelo Governo do Estado.

Além disso, os Conselheiros, capacitados em 2002 e eleitos na IV Conferência de Saúde permanecem até hoje no Conselho. Tal fato acarreta em pequena alternância de Conselheiros, o que acreditamos ser prejudicial no processo de construção democrática.

A não realização de cursos regulares de capacitação pode agravar esta importante política para o Controle Social, principalmente porque neste mandato que se inicia houve uma expressiva substituição de Conselheiros, fato que não se verificava desde 2001, data da IV Conferência de Saúde.

Apesar da importância dada pelos Conselheiros quanto à capacitação, o Conselho Municipal de Saúde não implementou cursos afins para capacitar seus membros. Cabe salientar que esta questão foi levantada em uma reunião ordinária do Conselho, porém sem resolução, possivelmente devido a certa dependência do Conselho em relação a verbas governamentais para provimento destes cursos.

Não obstante, a Política Nacional de Educação Permanente e a própria Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde de Itaboraí são específicas quanto ao provimento de recursos para estes fins. Entretanto, não nos cabe aqui identificar as causas para estes problemas por não se tratar de objeto deste estudo.

A falta do repasse das informações pelos Conselheiros que participaram das capacitações também representa uma dificuldade a mais neste processo, pois se

deixa de difundir e construir coletivamente o conhecimento adquirido por eles, o que seria de suma importância para a sua luta.

Aliada ao processo de capacitação julga fundamental uma política comunicacional dentro dos Conselhos, que tanto privilegie a apropriação de informações pelos Conselheiros, como estabelece o fluxo comunicacional Conselheiros/população.

Quando falamos em apropriação de informações, estamos nos referindo ao apoderamento destas, de forma contextualizada, de modo a revelar as determinantes e as condições dos problemas de saúde e não somente ao exercício de fiscalização ou de punição.

Notamos certa dificuldade por parte de alguns Conselheiros que assumem uma função mais fiscalizadora do que dialógica. Tal dificuldade pode ser também verificada em algumas comissões criadas no Conselho, o que no nosso entender pode ser um reflexo de uma incipiente política interna de capacitação.

Sendo assim, podemos verificar e confirmar a necessidade de intensificar as ações de capacitação permanente para que realmente os Conselheiros possam se apoderar de informações contextualizadas, condição essencial para um Controle Social mais efetivo e consciente das necessidades de saúde da população de Itaboraí.

A outra vertente deste processo de capacitação refere à divulgação de informações para a comunidade, de modo que se estabeleça um fluxo comunicacional, dialógico e não apenas a transmissão de um pólo gerador para um pólo receptor.

Neste ponto podemos observar que não houve evolução significativa de tais informações para a comunidade, pois o fluxo comunicacional proposto pela VI Conferência não foi desenvolvido.

As formas de divulgação que encontramos foram ocasionais e individualizadas por parte de alguns Conselheiros, acarretando assim o não estabelecimento do fluxo comunicacional, dialógico.

Agrava o fato do Conselho não possuir uma política clara e definida para a divulgação das suas resoluções para as comunidades.

No nosso entender esta divulgação precária contribui para o enfraquecimento da participação popular, uma vez que a comunidade privada das informações não exerce o seu papel no Controle Social.

A ausência do setor de comunicação do Conselho e a não utilização dos meios de comunicação disponíveis, apesar dos Conselheiros mencionarem estes recursos e sua importância neste processo comunicacional (Rádio, Jornal, Folder, Site na Internet...), são agravantes neste processo de se estabelecer um fluxo comunicacional.

Dois fatos, porém, nos alentam em relação à melhoria do fluxo comunicacional para a população, quais sejam a criação do setor de comunicação do Conselho e o uso de rádios comunitárias. Ambos os projetos ainda são incipientes, mas de grande valor para o fortalecimento do Controle Social.

Ressalva-se aqui, em nossa opinião, a importância da utilização pelo Conselho do projeto OBORE, que permite a criação, elaboração e transmissão de informações de interesses locais, pertinentes aos problemas discutidos no Conselho, com uma linguagem acessível à população alvo.

Uma outra forma de divulgação observada refere-se ao envio da ata das reuniões do Conselho para a Federação das Associações dos Moradores (FAMI). Entretanto, em nenhum momento foi mencionada a participação dos próprios Conselheiros nestas reuniões, o que significaria um momento extremamente importante no desenvolvimento e consolidação do binômio Conselho/comunidade.

Apesar da importância da capacitação dos Conselheiros e do fluxo comunicacional discutidos acima, a política humanizada do Sistema de Saúde de Itaboraí revela-se ao nosso entender como o grande salto na implementação das propostas da VI Conferência.

A política de humanização implementada no município de Itaboraí vem consolidando uma prática voltada para o acolhimento, para a mudança na organização do trabalho e para a garantia de um sistema de referência mínima.

Destaca-se a proposta de acolhimento por induzir mudanças importantes no processo de trabalho envolvendo não somente os profissionais de saúde, mas o próprio usuário.

Quando se envolve o próprio usuário na gestão do processo de trabalho, a fim de atender as suas necessidades de saúde, estimula-se à participação comunitária, fortalecendo o Controle Social e o vínculo entre usuários e trabalhadores.

Verifica-se que a decisão do gestor em aplicar uma política de humanização no município de Itaboraí surgiu por debate entre os Conselheiros. Desta forma eles se apoderaram do seu papel de Controle Social culminando na decisão do gestor.

Outro ponto extremamente positivo observado por nós refere-se ao fato de como esta política foi implementada com a capacitação prévia da Secretária de Saúde do Município em um curso de humanização e com a difusão das idéias

trazidas por ela após o curso entre os supervisores e auxiliares diretos da administração. Esta conduta culminou em uma oficina inicial de sensibilização promovida pelo município, envolvendo diversos atores.

O uso de ferramentas locais como o SIAB e a implementação do acolhimento respeitando as características individuais de cada equipe, com uma supervisão atuante em loco são pontos de destaque neste processo.

Assinala-se que esta proposta é extremamente ambiciosa por se tratar de um município que adotou a atenção primária como eixo estruturante de seu sistema de saúde, representado por uma cobertura de 70% do município.

Além do mais, tal política não se deteve apenas nas unidades de saúde do PSF, mas está presente na policlínica e na emergência do hospital, mesmo que de maneira inicial.

Certamente, existem diversas dificuldades que podem ser encontradas ao se implantar uma política que enseja profundas modificações na organização do trabalho. Entre estas dificuldades salientamos duas de maior impacto: a assistência ainda muito centrada na figura do médico em detrimento da função do enfermeiro e outros profissionais de saúde e a resistência à mudança de paradigma destes profissionais que se opuseram inicialmente contra as novas mudanças.

Outras dificuldades também apareceram, como a baixa remuneração e a qualificação de profissionais com um perfil mais adequado as propostas do Programa de Saúde da Família, voltadas para promoção, prevenção e o estímulo à participação da comunidade formando assim o eixo principal do cuidado e da atenção à saúde.

Um ponto ainda fraco que necessita ser trabalhado para que a política de humanização seja eficaz, refere-se ao fato do pouco estímulo à participação popular

elencada pela ausência de representante da comunidade nas reuniões internas das equipes.

Este é um paradoxo, pois a política de humanização fomenta esta participação para que seja realmente eficaz. Em nosso entender a ausência de um representante da comunidade é uma grande barreira a ser ultrapassada para que se alcance um Controle Social mais atuante.

Um avanço indireto refere-se à diminuição da fila do hospital municipal, proposta da Conferência, decorrente do vínculo advindo da política de humanização que passa a ser efetivada na relação profissional de Saúde/comunidade e da cobertura alcançada no atendimento básica.

Dentro da política de humanização deve-se assegurar uma integralidade da atenção através da continuidade desta, propiciada por um sistema de referência e contra-referência.

Apesar dos avanços realizados pelo município de Itaboraí em relação à construção e o funcionamento de uma policlínica especializada, junto com a modernização do hospital, propiciando consultas em diversas especialidades e uma implementação que garanta o atendimento, seja pela policlínica ou pela Pactuação Programada Integrada (PPI) encontra-se ainda de forma muito inicial.

Das dificuldades relatamos a ausência de alguns profissionais nas especialidades, como pediatria e ortopedia e a deficiência de recursos para uma melhor pactuação com outros municípios.

Evidentemente que a implementação desta política de humanização, junto com os processos de capacitação de Conselheiros e do fluxo comunicacional, tem muito ainda para se consolidar. Porém, a manifestação favorável da população, sua percepção de melhora no atendimento e a luta dos Conselheiros em implementar as

propostas da VI Conferência deve servir de estímulo para que de fato se possa consolidar o Controle Social apesar de todas as dificuldades encontradas.

Reconhecemos o esforço e o empenho dos Conselheiros e gestores no caminhar do Controle Social, em um município pobre e que há seis anos atrás decidiu implementar uma política de saúde voltada para o interesse público onde apesar de todas as dificuldades, as flores deste trabalho estão apenas desabrochando.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A. O processo de construção do Controle Social no Sistema Único de Saúde e a Gestão nos espaços institucionais. In: **Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES. São Paulo, v. 27, n. 65, p. 324-335, set/dez 2003.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa. 1995.

BOBBIO, N.. **O Futuro da Democracia**. Ed.: Paz e Terra S/A. 2006. 207p.

BRANDÃO, I.R. Na Trilha do Município Saudável. In: SPERANDIO, I. N. G. *et al.* **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. Campinas: Unicamp: Instituto de Pesquisas Especiais para a sociedade - IPES, 2004.

BRASIL. Lei 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**. DOU de 31/12/90.

BRASIL. Lei 8080/1990 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 outra providencia**. DOU de 20/09/90.

BRASIL. Lei 1384 de 04 de junho de 1996. **Altera o artigo 3º da lei Municipal nº 1148 de 05 de março de 1993 e sua 1ª alteração através da lei nº 1236 de 26 de maio de 1994**. DOU de 14/07/96.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de trabalho informações em Saúde para o Controle Social**. Relatório Final. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Política Nacional de Humanização**. A humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Série B textos básicos de saúde. Brasília: DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Série B textos básicos de saúde. Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente para o Controle Social no sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://Conselho.saúde.gov.br/pep/arquivo.doc>>. Acessado em: 27 de janeiro de 2008.

CARDOSO, J.M. Comunicação e Saúde: Desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o Controle Social. **Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social**. Brasília: DF, 1 ed., p. 45-55, 2007.

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

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, NÍSIA TRINDADE *et al.* **Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 59-83, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (C.N.S.). **Comunicação e Controle Social: Subsídios para o Debate e Formulação de uma política pública de (tele) comunicações para a promoção da saúde e da cidadania**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GT>>. Comunicação em saúde. Acessado em: 04 de abril de 2008.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 6, v. 2, p. 319-28, 2001.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para a capacitação de Conselheiros de saúde. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005, 278p.

CORREIA, M.V.C. **Que Controle Social?** Os Conselhos de saúde como instrumento?. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. in: LIMA, NÍSIA TRINDADE *et al.* **Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 59-83, 2005.

II ENCONTRO NACIONAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE. **Capacitação de conselheiros**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/Conselho/DOCUMENTOS/iiencontro/Tema2>>. **acessado em: 27 janeiro 2008**.

FALEIROS, V.P.; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIRA, R.M.G. **A Construção do SUS**: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. **Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de saúde. Rio de Janeiro, ano XXVII, n. 65, p. 278-289, set/dez. 2003.

GOHN, M.G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saúde e Sociedade. São Paulo n. 2, v. 13, p. 20–31. 2004.

GOMES, A.L.Z.; GOMES, S. Rádio: poderoso aliado do Controle Social In: **Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social** Série F. Comunicação e Educação em Saúde 1 ed., Brasília: Editora MS, 2007.

INOJOSA, R.M. **Acolhimento**: a qualificação de encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: X Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile out 2005. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/MARE/OS/inojosa>>. Acessado em: 04 de abril de 2008.

LABRA, M.E. Conselho de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios. In: LIMA, N. T. *et al.* **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1994.

MORAES, I.H.S. Informação em saúde para o exercício do Controle Social: a luta pela democratização e qualidade da informação. **Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social**, Brasília: DF, 1 ed., p.17-27, 2007.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J.F.C.; MUZIO, B.P. **A participação de Conselheiros Municipais de saúde: solução que se transformou em problema**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-57, jan/abril 2006.

OLIVEIRA, C.O. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio/agosto 2004.

OLIVEIRA, C.O. Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde. **Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social**. Brasília: DF, 1 ed., p. 30-43, 2007.

PASCHE, D.F. **Política de Humanização**: apostas em novos modos de fazer na gestão e no cuidado em saúde. São Paulo, 2007. Apresentação em Power Point. Disponível em: <<http://www.portal.saúde.sp.gov.br/resources/humanização>>. Acessado em: 15 de abril de 2008.

PATACO, V.; VENTURA, M.; RESENDE, E.. **Metodologia para Trabalhos Acadêmicos e Normas de Apresentação gráfica**. Rio de Janeiro: 2006.

Prefeitura Municipal de Itaboraí. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. Cadernos Itadados. Disponível em:

[http://www.itaborai.rj.gov.br/prefeitura/legislacao/cadernos\\_itadados.pdf](http://www.itaborai.rj.gov.br/prefeitura/legislacao/cadernos_itadados.pdf).

Acessado em: 30 de março de 2008.

Prefeitura Municipal de Itaboraí. **Relatório de Gestão 2001.**

Prefeitura Municipal de Itaboraí. **Plano Municipal de Saúde 2001/2004.**

Prefeitura Municipal de Itaboraí. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde 2005/2009.**

PRATA, L.; GARCIA, A.L.A.; LEITÃO, C.A.; HENRIQUE, M.M. **Conselho de Unidade de Saúde Uma estratégia de fortalecimento do Controle Social no município de Manhuaçu.** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 30, p 107-111, 2004.

RODRIGUES, N.S. *et al.* **A prática do controle social através dos Conselhos de Saúde.** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 22, p. 70-85, dez 2000.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científico.** São Paulo: Cortez, 1995.

SOLLA, J.J.S.P.; TEIXEIRA, C.F. Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. In: \_\_\_\_\_ **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, p. 209-236, 2006.

SPERNADIO, A.M.G. **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis:** Repensando a mobilização e a participação popular. Campinas: Ed. Unicamp: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, 2004. 93p.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância. In: \_\_\_\_\_ **Modelo de atenção à saúde.** Salvador: Editora Universidade Federal da Bahia, p. 59-83, 2006.

VALLA, Victor Vicent. **Sobre Participação popular: uma questão de perspectiva.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 14, supl. 2, 1998.

WENDHAUSEN, Agueda L.P.; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara. **Empoderamento e Recursos para a participação em Conselho Gestores.** Revista Saúde e Sociedade. v. 15/3, p.131-144, set/dez 2006.



## ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade Estácio de Sá**  
**Mestrado Profissional em Saúde da Família**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Projeto: O Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí: caminhos rumo ao controle social  
Responsável: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Tel: (21) 2226-2663/8122-7232

Eu, abaixo-assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Identificar as dificuldades dos Conselheiros municipais de saúde de Itaboraí quanto à implementação das principais propostas apresentadas no relatório final da VI CMS

Benefícios que possam ser obtidos: Despertar, noções de cidadania e da importância do controle social nas diretrizes públicas de seu município, tornando o cidadão participante ativo deste processo.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o pesquisador pelos telefones (21) 2226-2663 e (21) 8122-7232 ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá**, Rua do Riachuelo 27, 6º andar - Centro; Tel.: 3231-6135; e-mail: [mestradosaúdedafamilia@estacio.br](mailto:mestradosaúdedafamilia@estacio.br).

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Pesquisador(a)

## **ANEXO 2: QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO**

1. De que forma as ações do PSF interferem no fluxo de atendimento a pacientes do HMDLJ?
2. De que forma o agendamento das consultas em qualquer nível do sistema tem sido garantido aos usuários? Existe um instrumento
3. Como você avalia a qualidade do atendimento nas unidades do PSF, principalmente quanto à recepção, ao acolhimento e à marcação de consultas?
4. Como você avalia o desempenho da equipe de saúde da família quanto ao cumprimento das suas atribuições e da jornada de trabalho?
5. Existe divulgação das deliberações e resoluções do Conselho para a população de Itaboraí? Como ela é feita?
6. As sugestões e queixas dos usuários do PSF são encaminhadas (e lidas) às reuniões do Conselho? Como?
7. Você recebe algum tipo de capacitação para exercer suas funções de Conselheiro municipal de saúde? Como?

## **ANEXO 3: RELATÓRIO DE VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ**

### *RELATÓRIO FINAL DE PROPOSTAS*

#### **GRUPO: FINANCIAMENTO E SAÚDE**

1. Treinamento e capacitação dos condutores de veículos vinculados a Secretaria de Saúde, através de cursos de direção defensiva, manutenção e mecânica básica, para posterior responsabilização pela boa utilização do veículo;
2. Agilizar e efetuar a manutenção de todos os bens servíveis da Secretaria Municipal da Saúde para melhor atender os setores da secretaria e os pacientes de um modo geral;
3. Direcionar efetivamente a participação das responsabilidades do governo estadual em relação aos serviços de média e alta complexidade (tomografia, ultra-sonografia, cintilografia, mamografia e endoscopia);
4. Formar um consórcio intermunicipal de saúde entre os municípios que compõem a região metropolitana II, visando formar parcerias para melhor financiar as demandas crescentes da saúde;
5. Fortalecer as ações desenvolvidas pelo PSF, para aliviar o atendimento do HMDLJ, melhorando o atendimento com informações e prevenção de doenças através de distribuição de material informativo;
6. Verificar junto à legislação atual a possibilidade de ressarcimento das despesas assumidas pelo município com pacientes portadores do plano de saúde;
7. Realização de um novo concurso público para preenchimento das vagas de profissionais que se encontram em aberto;
8. Propor junto com a região metropolitana II a revisão do teto financeiro dos municípios, que é o mesmo desde o ano 2000.

#### **GRUPO: SAÚDE E TRABALHO**

1. Criação de um ambulatório multidisciplinar de saúde do trabalhador;
2. Incentivo de transporte gratuito para estudantes universitários, a exemplo de como ocorre em municípios vizinhos;
3. Garantia do retorno/agendamento para o usuário cadastrado em qualquer nível do sistema, onde seja necessário o retorno regular e/ou necessário no ato da consulta;
4. Melhoramento dos serviços de transportes coletivos do município com itinerário de passagem pela Pestalozzi e Hospital Municipal, conforme Lei Municipal 1.995;
5. Isenção do comprovante de residência na marcação de consulta de retorno para as especialidades;
6. Aumento do número de profissionais (ortopedista, pediatra, cardiologista, etc.) no pronto socorro municipal;

7. Criação de protocolo de cirurgia ortopédica no Município garantindo insumos para o atendimento emergencial;
8. Cadastramento e fiscalização das empresas do Município que possam estar ligadas diretamente a danos à saúde da população e ao meio ambiente;
9. Implementação da captação de doadores de sangue no Município;
10. Descentralização do Teste do pezinho para as unidades de saúde do município;
11. Garantir a ampliação dos recursos humanos no ambulatório em saúde mental (psicologia e psiquiatria) fora do espaço físico do CAPS Pedra Bonita;
12. Que o Conselho Municipal de Saúde divulgue para a sociedade civil, através do princípio da transparência e da legalidade, suas resoluções, informações e deliberações, utilizando os veículos de comunicação do Município;
13. Ampliação dos serviços de consultório médico odontológico móvel para os trabalhadores das empresas em geral;
14. Criação do Programa de Saúde do Trabalhador;
15. Maior fiscalização no meio rural no uso de agrotóxico e exposição ao sol;
16. Médico substituto nos postos de saúde;
17. Para 2006, a primeira Conferência de Saúde do Trabalhador;
18. Concurso público para a área administrativa para o ano de 2006.

#### **GRUPO: HUMANIZAÇÃO**

1. Propor a criação de lei municipal para viabilizar transporte gratuito de pacientes portadores de doenças crônicas no município (deficientes físicos, mentais, tuberculosos, hanseníase, DST/AIDS, renais crônicos) bem como para seu acompanhante, e seu cadastramento na Secretaria Municipal de Transporte após avaliação por profissional da Secretaria Municipal de Saúde;
2. A implementação do instrumento de referência e contra-referência da Rede Básica para a hospitalar e vice-versa, o que possibilita a continuidade do tratamento dos usuários em toda a Rede;
3. Humanizar o atendimento a gestante desde o pré-natal até o hospital no momento do parto, destacando:  
Qualidade no atendimento à gestante de baixo risco e alto risco;  
Oferecer apoio no momento do parto, onde a gestante poderá levar por sua livre escolha um acompanhante;  
Garantir estrutura física, de equipamento, de capacitação profissional da equipe de pediatria para o suporte à vida de crianças recém-nascidas de alto risco;  
Análise de custos e da necessidade de implantação de um leito de alto risco neonatal;
4. Qualificar a organização do fluxo dos usuários que procuram a emergência do Hospital Municipal no retorno às unidades básicas de saúde;
5. Garantir a aquisição de veículos para servir ao Programa de Saúde da Família de acordo com a necessidade apontada pela Coordenação do Programa, conforme possibilidade orçamentária e financeira;
6. Garantir a extensão do cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes desse município com a efetivação do CAPSI, conforme possibilidade orçamentária e financeira;

7. Garantir aos usuários do município o estabelecimento do CAPS de 2ª a 2ª, 24 horas, conforme possibilidade orçamentária e financeira;

8. Viabilizar a composição de uma equipe mínima composta por um médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, para a implantação de atendimento domiciliar temporário visando a desospitalização de usuários internados no Hospital Municipal que podem continuar em tratamento na residência;

9. Viabilizar a contratação de equipe técnica metodológica (Supervisão) para o PSF da seguinte forma:

Equipe composta por um clínico, um enfermeiro, um ginecologista obstetra, um assistente social, um fisioterapeuta, um pediatra para cada dez equipes de saúde;

10. Criar no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde equipe multiprofissional para o atendimento ambulatorial aos portadores de síndromes tais como: encefalopatiacrônica da infância, Down, West, Willian, do Chiado do Gato. Tais como: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia e neuropediatra;

11. Viabilizar atendimento odontológico aos portadores de doenças especiais com ambulatório central especializado;

12. Viabilizar que cada PSF tenha atendimento odontológico com equipe mínima, Odontólogo e Auxiliar de consultório;

13. Viabilizar a avaliação das crianças e jovens na fase escolar para o atendimento nas patologias ligadas à oftalmologia e otorrinolaringologia, visando atendimento precoce em parceria com a Secretaria de Educação e Ação Social;

14. Garantir que todos os eventos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou órgãos da saúde sejam de fácil acesso aos cidadãos respeitando suas necessidades físicas, motoras, auditivas e visuais;

15. Viabilizar a aquisição de veículo para o CAPs – Pedra Bonita;

16. Avaliação do método para a melhoria da qualidade de serviços nas unidades do PSF, nos moldes ou adequação do modelo que é executado em Portugal (Dr.Luis Pisco);

17. Viabilizar o atendimento médico a toda população que não seja contemplada pelo PSF;

18. Que as cestas básicas de pacientes com TB, com situações especiais, possam ser entregues no PSF que se responsabilizará pela entrega;

19. Melhorar a qualidade dos atendimentos nas unidades do PSF quanto à marcação de consultas com médicos e enfermeiros, recepção mais humanizada, ACS com mais acesso a informação sobre o serviço de atendimento das clínicas de especialidades;

20. Organizar uma caixa de sugestões nas unidades de saúde para ser lida mensalmente nas reuniões do Conselho;

21. Capacitar as equipes do PSF para identificar as causas da doença no critério do trabalho x doença;

22. Promoção e capacitação permanente dos Conselheiros e do controle social sobre a saúde do trabalhador;

23. Solicitar a Secretaria de Saúde que providenciasse uma Kombi, Van ou Ônibus que fosse utilizado para os cursos de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde no transporte daqueles que reclamam que não tem o dinheiro da passagem;
24. Empenho da Secretaria de Saúde e demais instâncias do governo junto à Câmara de Vereadores no sentido de criar uma lei orçamentária destinando recursos financeiros para o CAPS de Itaboraí, com fim específico de se criar bolsas de trabalho para os freqüentadores do CAPS;
25. Que toda comunidade possa ter seu Posto de Saúde para aliviar a carga dos hospitais, que estão sobrecarregados, principalmente os postos que ainda estão em construção, assim como o da comunidade Vale do Sol;
26. Estruturar a saúde do trabalhador da saúde municipal garantindo o exame de admissão, demissão e periódico;
27. Garantir o sistema de referência e contra-referência tornando-o objetivo e resolutivo o fluxo entre os níveis primários, secundários e terciários da assistência municipal, microrregional e regional;
28. Garantir que a medicação requisitada em caráter de emergência seja viabilizada com maior rapidez, obedecendo a critérios e avaliações técnicas;
29. Garantir a criação da Lei Municipal que obrigue a todo estabelecimento de saúde vinculada ao SUS a ter quadro na recepção informando nome dos profissionais, dias e horários de serviço e indicação da sua presença no estabelecimento;
30. Garantir a ampliação do laboratório municipal para atender aos Postos de Saúde e Policlínica diminuindo a demanda e demora;
31. Fiscalizar o funcionamento dos laboratórios conveniados com relação ao atendimento do SUS;
32. Garantir concurso público aos profissionais especializados e pessoal administrativo e administrador hospitalar para o Hospital e Postos. Exemplo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente administrativo;
33. Viabilizar a contratação de médicos e enfermeiros substitutos para cobertura de férias, licença maternidade ou dispensa de serviços nas Unidades do PSF;
34. Que seja criada uma mesa de negociação permanente entre gestores e trabalhadores da saúde para questões legais ligadas ao trabalho;
35. Solicitar que a unidade de saúde de Apolo II se transforme em uma unidade de PSF visto a grande procura de usuários e porque hoje a unidade só tem médico uma vez por semana (um turno de: pediatria, ginecologia e clínico);
36. Padronização de infra-estrutura das unidades do PSF;
37. Que o poder executivo envie ao poder legislativo propostas de lei, como foi aprovado em Brasília;
38. Garantir por meio de normas legais a inclusão da coleta seletiva de lixo e a sua destinação adequada nas políticas públicas das três esferas de governo, capacitando os trabalhadores formais e informais para a realização desta coleta, esclarecendo quanto à importância da preservação ambiental e da prevenção de doenças incluindo a importância da utilização dos equipamentos de proteção individual assim como equipamento de proteção coletiva para os caminhões de lixo e assento nos mesmos;

39. Que o poder legislativo possa acatar e tornar a Lei Orgânica municipal à decisão do juiz da 20ª vara do trabalho de Brasília, onde proíbe as contratações através de cooperativa OSCIPS para todos os trabalhadores do setor público;
40. Garantir e incentivar a formação dos trabalhadores do SUS de nível básico, técnico e superior, em especial naquelas áreas prioritárias para o funcionamento do sistema, utilizando a metodologia, e infra-estrutura das escolas de governo vinculadas às secretarias municipais de saúde. No nosso caso somos vinculadas à escola técnica do SUS;
41. Estabelecer juntamente com as escolas de saúde, diretrizes para o programa de pós-graduação (especialização) adequado para o SUS;
42. Organizar centro de estudos que deve ser considerado como célula básica de discussão técnica que fomentam o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS;
43. Implantar projeto de Avaliação de desempenho dos trabalhadores da Saúde que se avalie as competências do profissional que estão lotados nos programas de saúde da família e outras instâncias destacando os seguintes aspectos: Indicadores de saúde local; Cumprimento de metas estabelecidas conforme determinação do programa a nível nacional para o desenvolvimento das categorias: ACS, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem;
- Cumprimento de jornada de trabalho – horário de 8:00 às 17:00h;
- Satisfação do usuário, medida pelo acolhimento e acesso do mesmo;
- A participação dos trabalhadores da saúde em processo de formação e capacitação.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)